

Э.Е.БЕХТЕЛЬ

ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЗЛУОПЮТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ



Москва • «Медицина», • 1986

OCR
SH
GROUP

ББК 56.1

Б 55

УДК 616.89-008.441.13-036.3

Рецензенты: *Е. Ф. Бажин*, проф., руководитель лаборатории социально-психологических исследований Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева; *А. Г. Гофман*, д-р мед. наук, ст. научн. сотр. Московского научно-исследовательского института психиатрии МЗ РСФСР.

Бехтель Э. Е.

Б 55 Донозологические формы злоупотребления алкоголем. — М.: Медицина, 1986. — 272 с., ил.
М.: Медицина, 1986. — 000 с., ил.

В пер.: 1 р. 50 к. 30 000 экз.

В монографии обобщены современные данные по медико-социальным аспектам злоупотребления алкоголем. Рассмотрены вопросы формирования алкогольных установок, психологической защиты, изменение мотивации поведения и деятельности, показана роль условнорефлекторных механизмов в формировании алкогольного динамического стереотипа. Представлены индивидуально-психологические аспекты употребления спиртных напитков. Описаны систематика донозологических форм пьянства, механизмы перехода привычного пьянства в алкоголизм, сформулирована концепция преалкоголизма.

Книга предназначена для специалистов, изучающих проблемы пьянства и алкоголизма, наркологов, психиатров и др.

Б 4118000000—133
039(01)—86 188—86

ББК 56.1

ЭДУАРД ЕВГЕНЬЕВИЧ БЕХТЕЛЬ

Донозологические формы злоупотребления алкоголем

Зав. редакцией А. Р. Ананьева. Редактор В. Д. Москаленко. Редактор издательства О. П. Зубарева. Художественный редактор В. Л. Фисенко. Оформление художника А. Е. Григорьева. Технический редактор Г. Н. Тюрина. Корректор И. С. Парфенова.

ИБ 4399

Сдано в набор 25.06.85. Подписано к печати 12.02.86. Т-01254. Формат бумаги 60×90^{1/16}. Бумага кн.-журн. Гарнитура лит. Печать высокая. Усл. печ. л. 17,0. Усл. кр.-отт. 17,0. Уч.-изд. л. 19,22. Тираж 30 000 экз. Заказ 1189. Цена 1 р. 50 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина». 103062, Москва, Петровверинский пер., 6/8.

Московская типография № 11 Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательства, полиграфии и книжной торговли. 113105, Москва, Нагатинская ул., д. 1.

© Издательство «Медицина», 1986

ПРЕДИСЛОВИЕ

В современных условиях, когда советский народ успешно решает задачи коммунистического строительства, пьянство становится все более нетерпимым. Оно причиняет вред здоровью трудящихся, нередко ведет к разрушению семьи, пагубно отражается на воспитании детей. Трудящиеся справедливо требуют принятия более эффективных мер по искоренению пьянства, созданию нетерпимого отношения ко всем его проявлениям, дальнейшему укреплению общественного порядка и трудовой дисциплины.

Коммунистической партией Советского Союза и Правительством разработана и последовательно внедряется система мер, направленных на сокращение потребления спиртных напитков, на искоренение этого социально опасного зла. На это направлено Постановление ЦК КПСС от 7 мая 1985 г. «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма», предусматривающее осуществление конкретных мер по ликвидации алкоголизма и пьянства в нашем обществе — сокращение продажи спиртных напитков, усиление ответственности за пьянство на производстве, спайивание несовершеннолетних, управление автотранспортом в нетрезвом виде и др. В постановлении ЦК КПСС от 18 сентября 1985 г. «О ходе выполнения Постановления ЦК КПСС „О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма“» отмечается, что «взятый партией курс на искоренение пьянства и алкоголизма получил полное одобрение и поддержку советских людей».

В связи с этим приобретает важное значение изучение бытовых форм пьянства как основы, на которой вырастает заболевание. Однако именно бытовое пьянство оказалось наименее изученным. Причины этого заключаются не только в методической, но и в методологической сложности проблемы.

Главная трудность состоит в том, что бытовое пьянство — не болезнь в собственном смысле слова, а опасное медико-социальное явление. Другая сложность связана с междисциплинарностью проблемы: бытовое пьянство включает ряд медицинских, психологических и социальных вопросов, их решение может быть только комплексным. Изучение сущности бытового пьянства невозможно на одном из этих уровней.

Исследование бытового пьянства важно не только потому, что оно — источник алкоголизма. Нет безвредного приема спиртных напитков, каждый алкогольный эпизод неблагоприятно воздействует на организм. Конкретные клинические проявления этого воздействия имеют важное медицинское значение. Более того, в бытовом пьянстве можно проследить зарождение многих симптомов заболевания, что дает общее представление о механизме его развития.

Монография представляет собой попытку восполнить указанный пробел, она посвящена клиническим и социально-психологическим аспектам бытового пьянства. Ее научная новизна состоит прежде всего в теоретической и методологической разработке ряда проблем наркологии, находящихся на стыке нормы и патологии, здоровья и болезни.

В монографии сформулирована концепция преалкоголизма. Установлено, что преалкоголизм не всегда является продромальной стадией болезни и его переход в алкоголизм — не только вопрос времени, как считалось ранее. В большинстве случаев перехода в алкоголизм не бывает, что зависит от темпа развития привычки. Как состояние преалкоголизма описаны формы привычного пьянства.

Представлена принципиально новая систематика бытовых форм употребления спиртных напитков и злоупотребления им. Подробно описана клиника привычных форм пьянства, выделен и описан ряд симптомов, характерных для этой стадии — симптомы желательности алкоголизации, облигатности опьяне-

ния, запаздывания насыщения, дальнейшее развитие которых приводит к формированию основных симптомов заболевания: зависимости, утраты ситуационного и количественного контроля.

Установлена, таким образом, возможность выявления, исследования конкретных признаков привыкания на доболезненном уровне, когда употребление алкоголя развивается как одна из вторичных, приобретенных потребностей, не являющаяся еще заболеванием. В таких случаях основным регулятором интенсивности потребления спиртных напитков на этапах бытового пьянства выступает симптом насыщения.

Детально рассмотрены формирование алкогольных установок, возникновение и развитие психологических защитных механизмов личности и их роли в злоупотреблении спиртными напитками. Выделенные устойчивые констелляции личностных факторов на донозологическом этапе, способствующие началу злоупотребления спиртными напитками, принципиально новы и не описаны в психиатрической литературе.

Монография не претендует на исчерпывающее освещение всех сторон проблемы. Ее задача скромнее — осветить некоторые клинические и узловые социально-психологические аспекты развития бытового пьянства, показать их место в клинической наркологии, наметить дальнейшие пути изучения пьянства и эффективной борьбы с ним.

Э. БЕХТЕЛЬ, доктор медицинских наук,
заместитель руководителя Московского
городского наркологического центра

ЧАСТЬ I

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ СПИРТНЫХ НАПИТКОВ И ЗЛУОПOTРЕБЛЕНИЯ ИМИ

ГЛАВА I

МЕДИЦИНСКИЕ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БЫТОВОГО ПЬАНСТВА. СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА

БЫТОВОЕ ПЬАНСТВО КАК ОБЪЕКТ МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Отдельные описания форм употребления спиртных напитков и злоупотребления ими, частично относимых по современным представлениям к бытовому пьянству, встречаются еще в ранних психиатрических исследованиях. Систематизированное изучение алкоголизации населения началось в Западной Европе и Америке в середине прошлого века с введения статистики. Оно касалось влияния экономических факторов и социального положения на количество потребляемых спиртных напитков. Позднее этот вопрос рассматривался в аспекте индивидуально-психологических особенностей личности, толерантности к стрессу и т. п.

Клиника бытовых форм пьянства разработана крайне скудно. Крупных работ, посвященных этой проблеме, в отечественной литературе нет. В части исследований доболезненное злоупотребление спиртными напитками рассматривалось лишь попутно при освещении тех или иных вопросов алкоголизма. Вследствие этого данные были фрагментарными и не давали общего представления о проблеме.

Наиболее подробно изучена интенсивность потребления спиртных напитков в зависимости от этнических, этических и социально-культурных факторов. Зарубежная информация включает отчеты государственных учреждений и частных фирм о продаже спиртных напитков, материалы специальных правительственных комиссий и комитетов, транскультуральные исследования алкоголизации в различных этнических группах, проводимые в рамках ВОЗ.

Интерес к бытовым формам пьянства в последние 15—20 лет значительно возрос. Это связано не только с ростом потребления спиртных напитков, использованием скрининга для

определения распространенности алкоголизма и разработкой с этой целью различных опросников, но и с учащением асоциальных проявлений на ранних этапах злоупотребления спиртными напитками.

ВОЗ выделила 3 основные проблемы, связанные с потреблением алкоголя.

1. Проблемы для пьющего. Сюда вошли последствия случаев разового неумеренного потребления алкоголя — кратковременные функциональные расстройства и утрата самоконтроля, агрессивность, несчастные случаи, переохлаждение или перегрев по неосторожности, арест за пребывание в нетрезвом виде в общественных местах, отравление алкоголем. Второй составляющей этой проблемы являются последствия длительного неумеренного потребления алкоголя — повышенный риск развития цирроза печени, некоторых видов рака и сердечно-сосудистых заболеваний, недостаточность питания, долговременные функциональные расстройства и утрата самоконтроля, несчастные случаи, потеря трудоспособности, развитие алкоголизма и алкогольных психозов, ранняя смерть и самоубийство.

2. Проблемы для семьи пьющего — конфликты в семье, невыполнение супружеских, отцовских и материнских обязанностей, потеря уважения, материальные трудности, внутриутробное поражение плода, неправильное воспитание, юношеские алкоголизм и преступность.

3. Проблемы для общества — нарушения общественного порядка, дорожно-транспортные происшествия, несчастные случаи, снижение производительности труда, прогулы, экономический ущерб, связанный с расходами на лечение, пособиями по нетрудоспособности, охраной правопорядка.

В исследованиях, посвященных этим вопросам, обращается внимание на рост потребления спиртных напитков на душу населения, наблюдаемый во всех странах мира независимо от их экономического положения и социального строя. Особенно четко эта тенденция прослеживается в индустриально развитых странах, некоторых развивающихся странах, среди коренного населения Америки, а также среди эмигрантов.

Методы изучения бытовых форм пьянства. Большинство исследований носят описательный характер. Обычно изучаются интенсивность потребления спиртных напитков, зависимость суммарных показателей от основных демографических данных (возраст, пол, социальное положение, этническая группа, вероисповедание). Полученные данные используются для категоризации типов злоупотребления алкоголем. Исследования часто исчерпываются описанием таких факторов, как отношение к пьянству, мотивы приема спиртного по самоотчетам обследуемых, поведение в состоянии опьянения.

В зависимости от целей объектом исследования могут быть все население или какие-то его группы (промышленные или сельскохозяйственные рабочие, мужчины, женщины и т. д.).

Информацию об интенсивности потребления спиртных напитков можно получить 3 основными методами:

а) непосредственным наблюдением за потреблением спиртного (в барах, бистро);

б) из самоотчетов обследуемых о количестве выпиваемого с помощью дневников или восстановлением по памяти отдельных эпизодов;

в) из суммарной оценки обследуемым своего пьянства и своего поведения (метод стандартного и нестандартного интервью).

Каждый метод имеет свои достоинства и недостатки. Метод суммарной оценки представляется более продуктивным и чаще используется [Заиграев Г. Г., 1966; Чекайда О. П., 1972; Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я., 1973; Левертов С. А., 1977; Room R., Roizen R., 1973].

Многие обзорные исследования пьянства связаны с описательным разделением населения на группы потребителей алкоголя [Straus R., Bacon S., 1953; Knipfer G., 1966; Cahalan D., Bacon S., 1968]. В качестве критериев используют как частоту эпизодов пьянства, так и достижение определенной интоксикации (в ряде исследований — содержание алкоголя в крови) [Brunh J., 1969; Room R., 1972].

Наиболее доступной характеристикой пьянства служат частота и доза потребляемых спиртных напитков. Частота потребления соотносится с определенным календарным интервалом (день, неделя, месяц, год) и указывает на интенсивность алкоголизации. Частотно-количественный критерий предложен S. Straus, S. Bacon в 1953 г. и используется уже более 30 лет. Позже G. Knipfer (1966) применил количественно-частотный переменный индекс, D. Cahalan (1970) — объемно-вариационный показатель. В последующем количественно-частотным (и частично объемным) индексом пользовались большинство исследователей [Mulford H. A., Miller D. E., 1960; Mulford H. A., Wilson R. W., 1966; Edwards G., Chandler G., Hensman C., 1972; Garrett G. R., Bahr H. W., 1974].

В ранних исследованиях чаще противопоставлялись воздержание и пьянство [Knipfer G., Room R., 1970]. Это особенно четко видно в работах, выполненных страховыми компаниями. Однако даже это относительно простое разделение представляет некоторые сложности. Имеются различия в отнесении себя к категориям воздерживающихся, выпивающих в определенные периоды или пьяниц в зависимости от национальных алкогольных обычаев, интенсивности и формы потребления спиртных напитков населением [Landgren A., 1973; Nelker G., 1973; Roizen R., 1974]. Ненадежен также метод самооценки: при обследовании населения на потребление спиртных напитков получают заниженные данные [Room R., 1971]. Так, например, более половины лиц, имевших определенные проблемы, связанные с пьянством, не считали себя злостными пьяницами [Beiley

М. В., Haberman P. W., Swenberg G., 1969]. Иногда опрашиваемые относили себя к непьющим, даже если выпивали накануне [Sadoun R., Lolly G., Silverman M., 1965].

Кто должен определять категорию пьянства того или иного лица — исследователь или сам опрашиваемый? Подчеркивая разный подход в этих случаях, авторы высказывают мысль о большей правомерности оценки алкоголизации исследователем [Cahalan D., Room R., 1974].

Идентифицировать частоту приема спиртных напитков сложно, поскольку нет однозначного понимания терминов «алкогольный случай», «эксцесс» и «эпизод». Это особенно видно при многократном приеме небольших доз спиртного в течение дня (система аперитивов), когда определение частоты во многом зависит от того, что сам опрашиваемый понимает под словом «случай» [Рум Р., 1978].

Трудно также определить количество спиртного, выпиваемого за один «алкогольный случай». Это связано как со значительным колебанием содержания алкоголя в различных спиртных напитках, так и с подсознательной склонностью к преуменьшению количества выпитого [Wolcott H. F., 1974]. Кроме того, количество потребляемого алкоголя не постоянно у одного и того же человека.

Выделяют «обычное» количество потребляемого алкоголя [Straus S., Bacon S., 1953; Mulford H., Miller D., 1960], «умеренное» количество [Knipfer G., Fink R., Clark W., Goffman A., 1963; Cahalan D., Cisin J., Crossley H., 1969], «обычный верхний предел» [Edwards G., Cahalan D., Hensman C., 1972], а также «максимальное» количество [Knipfer G. et al., 1963; Cahalan D., 1969], «вариабельность» объема [Cahalan D. et al., 1969]. Чаще используются усредненные показатели или «обычные» и «максимальные» количества.

Большинство исследований посвящено типам пьянства у отдельных лиц. В некоторых работах, особенно по экономическим аспектам алкоголизма, единицей измерения выступала семья. В ходе наблюдения за пьянством в барах иногда в качестве единицы использовался показатель «человек—случай» [Room R., Roizen R., 1973]. Период, называемый «настоящим моментом» (за исключением специальных «продольных» исследований), составлял от одного дня [Sadoun R. et al., 1965] до 3 лет [Cahalan D., Room R., 1974].

Поскольку интенсивность опьянения зависит от потребления спиртного во время отдельных эпизодов пьянства, в ряде исследований определяли продолжительность эпизода пьянства [Straus R., Bacon S., 1953; Knipfer G., 1966; Cahalan D., Cisin G., 1968], а также их частоту. В эпизоде пьянства употребляется определенное количество спиртного или достигается опьянение определенной интенсивности [Room R., 1969; Bruun K., 1972].

Другой не менее важный вопрос связан с идентификацией так называемого проблемного пьянства, под которым понима-

ется форма употребления спиртных напитков, приводящая к возникновению у человека каких-либо проблем (конфликты в семье, столкновение с законом, снижение работоспособности, ухудшение здоровья). Однако трактовка понятия «проблемы» остается расплывчатой. В некоторых случаях интенсивность пьянства, отвечающая критерию «проблемное потребление алкоголя», для самого человека практически проблемы не представляет, например достаточно частые алкогольные интоксикации в социальной группе с высоким количественно-частотным индексом. Однако и у лиц без клинических проявлений опьянения могут возникать алкогольные проблемы, например управление транспортом водителем, употребившим алкоголь, наличие которого определяется работником автоинспекции лабораторным методом.

В связи с этим указывали на недостаточную обоснованность использования только социальных критериев для определения проблемного пьянства. «Приговор» об аномальности поведения выносит общество, а представления о норме в разных странах различны. В связи с этим поведение человека необходимо рассматривать в контексте его культурной среды. В странах, где обильные возлияния приемлемы, где в повседневной жизни обычно потребляют много вина, а запреты в отношении времени и поводов для выпивок относительно ограничены, человек может довольно легко стать зависимым от алкоголя без того, чтобы его манера пить показалась окружающим подозрительной [Seeley G., 1959; Sargent M. G., 1968; Verden P., Jackson D. N., King G. A., 1969].

Также бесплодными оказались попытки определить злоупотребление через превышение нормы. «Адекватным» считали такой уровень потребления алкоголя, ниже которого можно его потреблять, не испытывая опасений перед какими-либо последствиями. Однако такой уровень установить невозможно, поскольку функция «доза—эффект» неоднозначна. Можно было бы говорить о таком употреблении, ниже которого риск возрастает настолько мало, что не достигает статистической значимости. Этот искусственный порог по 100% этанолу вначале считали равным 80 г/сут, затем — 40 г/сут. В настоящее время показано, что прием этанола более 20 г/сут уже может сопровождаться алкогольными проблемами [Рум Р., 1978].

В ряде исследований для идентификации злостного пьянства использовали Миннесотский многопрофильный опросник (MMPI). В 50-х годах на его основе были разработаны 3 шкалы [Hampton P. G., 1953; Holmes W. D., 1953; Batton A. D., 1956; Hoy D. P., Sedlacek G. M., 1958], в том числе и для определения личностных характеристик больных алкоголизмом, которые отличали бы их от здоровых лиц [Hoy D. P., Sedlacek G. M., 1964]. Однако позже было выявлено, что эти шкалы в основном определяют дезадаптацию личности, а не выделяют больных алкоголизмом. С. McAndrew (1965), также используя

ММРІ, создал новую шкалу для определения тяжести алкоголизма. Многократная проверка показала недостаточную надежность и этого метода — шкала выявила только 60—85% больных алкоголизмом [Groot G. W., Adamson G. D., 1973; Blaupay R., Radford J. S., 1973]. В дальнейшем были предложены новые шкалы [Rick C. C., Devis H. G., 1969; Rosenberg N. G., 1972], в том числе и сокращенные [Ewing G. A., Rouse B. A., 1970; Roscigny A. D., Miller A. D., Kaplan H. B., 1972; Bailey M. B. et al., 1973], но их результативность не превышала 80%.

Злоупотребление спиртными напитками приводит к различным медико-социальным последствиям. Были предложены шкалы, фиксирующие «симптомы наркомании» [Knupfer G., 1967], «симптоматическое пьянство» [Cahalan D., 1970], и шкалы «зависимости» [Edwards E., Chander G., Hensman C., 1972]. Наиболее широко известна шкала «озабоченности алкоголем» [Mulford H. A., Miller D. E., 1960]. Обследуемых просили выбрать 1 из 12 характеристик, наиболее точно отражающую их отношение к алкоголю. В зависимости от точности определения понятия число злостных пьяниц в населении, выявленное этим методом, составляло от 3 до 6% [Bailey M. E., Haberman P. W., Alksne H., 1965; Edwards E., Gattoni F., Hensman C., 1972]. Точность идентификации на контингентах больных алкоголизмом колебалась от 50 до 90%.

Широко использовали индекс «неприятностей, связанных с пьянством» [Mulford H. A., Wilson R. W., 1966]. Этот тест в свое время показал, что 4% населения имели по крайней мере одну неприятность, связанную с пьянством. Позже было установлено, что на «индекс неприятностей» сильно влияет социальное и экономическое положение обследуемого [Blaupay R., Radford J. S., 1973].

Интенсивность алкоголизации населения. Доля населения, имеющая признаки проблемного пьянства, колеблется, по данным различных авторов, от 1 до 20%. Так, в США с алкогольными проблемами сталкиваются 36 млн. человек (17% населения), 10 млн. из них (4,5—5% населения) составляют больные алкоголизмом [Alford G. A., 1975; Follmann J. F., 1976; Blum R. H., 1976; Durrant L. K., 1976; Hart L., 1977; Gossuer K. J., 1977]. Однако 70% больных остаются невыявленными [Kittredge L. D., Franklin J. L., 1977]. Структура населения США по потреблению спиртных напитков выглядит следующим образом: трезвенники — 32%, редко пьющие — 15%, мало пьющие — 28%, злоупотребляющие — 12%, больные алкоголизмом — 5% [Pittman D., 1976].

Выборочное исследование D. Cahalan (1970) выявило 9% (15% мужчин и 4% женщин) имеющих проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголем, в том числе 8% мужчин и 3% женщин старше 21 года. Их можно отнести к категории проблемных пьяниц (эта группа ближе всего подходит к гамма-алкоголизму по классификации E. Jellinek, 1960). При пересче-

те на взрослое население США, по данным 1980 г., это составляет 10,5 млн. мужчин и 2,9 млн. женщин, из которых 5,6 млн. мужчин и 2,2 млн. женщин больны алкоголизмом. Несмотря на относительную ценность статистических данных, указанные цифры на сегодняшний день наиболее достоверны. Применительно к любой другой нозологической единице такие масштабы заболевания по угрозе здоровью населения можно приравнять к эпидемии.

«Проблемные пьяницы» составляют во Франции 8% населения, а среди промышленных рабочих 12% [Stendler F., 1974; Glosets F., 1977; Boichut, 1981], в Великобритании — 8% мужчин и 1% женщин [Baheг C., 1981], в Испании — 9% [Fernandez F. A., 1976], в Швейцарии — 8,3% мужчин и 0,7% женщин [Teclenburg U., 1981], в Канаде — 20% взрослого населения [Hatron P. V., 1979], в Австралии — 6,5% [Mun J., 1976]. «Проблемные пьяницы» в городском населении старше 15 лет составляют: в Буэнос-Айресе (Аргентина) — 23,3%, в Порто-Алегро (Бразилия) — 10,3%, в Сантьяго (Чили) — 12,9% [Negrat G., 1976].

Столь значительные колебания представленных данных отражают различие не столько в злоупотреблении спиртными напитками, сколько в трактовке самого термина «злоупотребление» [Milford H., Miller D., 1960; Knipfer G., Room R., 1970].

Частота возникновения злостного пьянства у вдовых мужчин — 105 на 1 тыс. (при их распространении в населении 19 на 1 тыс.), у разведенных и одиноких обоего пола — соответственно 68 и 19 на 1 тыс., у женатых мужчин и замужних женщин — 25 и 8 на 1 тыс. Религиозная принадлежность не влияет на злоупотребление алкоголем (исключение составляет иудаизм — 2 на 1 тыс. населения). Образовательный уровень злостных пьяниц: минимальное — у 33, среднее — у 13, высшее образование — у 24 на 1 тыс. Они получают меньшую заработную плату, чаще меняют место работы, страдают соматическими заболеваниями, обнаруживают эмоциональные расстройства [Bailey M. B. et al., 1965, 1966].

Mulford H. A. (1963) на большом материале установил, что спиртные напитки употребляет 71% населения (в 1964 г. — 65%). Меньше распространено пьянство среди лиц старше 80 лет, людей с начальным образованием и среди баптистов, больше — среди молодежи, лиц более образованных, высокооплачиваемых, одиноких. Среди пьющих 11% злоупотребляют спиртными напитками, у 10% вследствие пьянства развились соматоневрологические осложнения, ухудшилось семейное и социальное положение, 8% госпитализировались по поводу алкоголизма. По сравнению с 1946 г. число пьющих в общей популяции увеличилось в результате усиления пьянства в отдельных социальных группах (молодежь, высокообразованные лица). Часть пьющих прекращает употребление алкоголя в возрасте 40—60 лет.

На основании проведенного исследования Straus R., Bacon S. (1953) выделили легкое, среднее и злостное пьянство. В более поздних работах [Kupfer G., 1966; Cahalan D., Cisin J., Crossley H., 1969] на основе частотно-количественного индекса выделено 5 групп:

- воздерживающиеся и пьющие очень редко;
- пьющие редко и минимально (реже 1 раза в неделю и меньше 5 рюмок в один эпизод);
- пьющие редко, но максимально (реже 1 раза в неделю, но больше 5 рюмок, по крайней мере эпизодически);
- пьющие часто и минимально (чаще 1 раза в неделю и не более 5 рюмок в один эпизод);
- пьющие часто и максимально (чаще 1 раза в неделю и больше 5 рюмок, по крайней мере эпизодически).

Влияние социально-культурных факторов. Социально-культурные факторы прослеживаются как в причинах злоупотребления алкоголем, так и в его последствиях. Они являются определяющими при квалификации проблемного пьянства.

Социально-культурные исследования злоупотребления спиртными напитками определенными группами населения связаны с выявлением роли среды и места, занимаемого пьянством в повседневной жизни данной группы. Эти исследования являются попыткой ответить на вопрос о том, какие группы потребляют алкогольные напитки, какого типа, в каких количествах, как часто, с какими промежутками, а также как, где, когда и с кем совершается их потребление [Cahalan D., 1969; Cahalan D., Room R., 1974].

Формы потребления спиртных напитков. Особенности алкоголизации, связанные с национальными традициями, социально-экономическим укладом общества, изучены недостаточно. В связи с многообразием национальных традиций данные душевого потребления спиртных напитков могут лишь приблизительно отразить алкоголизацию населения. Они должны быть дополнены следующими сведениями [Рум Р., 1978]:

- предпочтительные виды спиртных напитков (вино во Франции, Италии, пиво в ФРГ, виски и джин в США);
- связь с питанием (до еды, во время еды, после еды);
- распределение приема спиртных напитков во времени — многократно и помалу в течение дня или один раз и много;
- доступность алкоголя.

В некоторых социальных группах принято ежедневное потребление спиртных напитков, часто домашнего приготовления, во время еды, преимущественно в кругу семьи, и сравнительно малое потребление их после еды. В других группах, наоборот, часто потребляют большие количества спиртного между приемами пищи и обычно вне дома. В третьих приняты нечастые выпивки в компании по специальным поводам с потреблением больших количеств спиртного; может быть широко распространен и обычай полной трезвости.

Наиболее актуальными являются следующие факторы злоупотребления: фактор культуры, социальная значимость пьянства, символические функции алкоголя. Выделяют типы пьянства: привычно-ритуальное, общественно-публичное, в семейной обстановке, а также использование алкоголя определенными социальными и профессиональными группами [Heath D. W., 1975—1978; Robinson D., 1976].

G. Deshaies (1977) описывает две манеры пить: мужскую, сопровождающуюся алкогольными ритуалами, чувством всесилья, агрессивностью, и женскую, проявляющуюся пассивностью, инфантильным уходом от жизни, подчиняемостью.

Известно, что для населения англосаксонских стран [Lereboullet J., 1976] характерна массовая алкогольная интоксикация по субботним и воскресным дням. В северных странах, в частности в Финляндии, где продажа спиртных напитков длительное время была лимитирована законом, интоксикация тоже может быть массовой, но промежутки в употреблении алкоголя значительно большие. В странах с развитым виноделием вино пьют постоянно. Ежедневное потребление вина наиболее распространено во Франции и Чили, что связывается с обилием и доступностью спиртных напитков. В таких странах, как Италия, Испания, Португалия, Бразилия, Аргентина, несмотря на развитое виноделие, ежедневное употребление вина значительно меньше. Это объясняется частично бедностью населения и невозможностью по этой причине покупать вино в больших количествах, частично национальными обычаями.

Многие авторы подчеркивают влияние доступности алкоголя на распространенность пьянства. США в этом отношении служат классическим примером. По этому критерию страну можно разделить на 2 региона — с большей и меньшей доступностью алкоголя (преимущественно север и юг страны). На севере трезвенников на 50% меньше и вдвое больше злостных пьяниц [Cahalan D., Room R., 1974]. Правда, нельзя не учитывать, что малая доступность алкоголя в описываемых регионах во многом отражает отношение населения к пьянству. Со времен первых поселенцев пьянство на юге США отождествлялось с социально неприемлемым поведением. Имеются указания на снижение интенсивности пьянства в Финляндии в период введения законодательного контроля над потреблением алкоголя [Christie N., 1965]. Довольно зримые параллели проводятся также между пьянством и урбанизацией. В большинстве исследований отмечается меньшая распространенность пьянства среди сельского населения [Lindgren A., 1971; Mäkelä K., 1973]. Среди сельских жителей меньше злостных пьяниц и больше распространено воздержание от спиртного. Это объясняется не только разным социальным укладом, но и меньшей доступностью алкоголя на селе [Room R., 1971]. По некоторым данным [Swiesicki A., 1972], сельское население склонно к более редким, но более массивным выпивкам, чем горожане.

Начиная с работ J. L. Child, H. J. Barry, M. K. Bacon (1965), J. L. Child, M. K. Bacon, H. J. Barry (1965), H. J. Barry с соавт. (1965), M. K. Bacon с соавт. (1965), в некоторых обществах выявлен комплекс условий, способствующих злоупотреблению алкоголем. Это можно назвать «интегрированным пьянством», т. е. пьянством в виде составной части повседневного образа жизни. Такие социальные группы оказывают давление на лиц, уклоняющихся от заданного ритма приема спиртного. Антиалкогольные мероприятия здесь малоэффективны, поскольку имеется общее социально позитивное отношение к пьянству. Для таких обществ характерны постоянное увеличение числа пьющих, высокий уровень потребления алкоголя.

Можно считать установленным, что существуют социальные группы, как побуждающие своих членов воздерживаться от употребления спиртных напитков, так и поддерживающие у своих членов высокий уровень алкоголизации.

Во многих исследованиях прослеживается попытка связать болезненность алкоголизмом, значимость связанных с алкоголем проблем с социальными и культурными различиями групп.

Мотивы алкоголизации. Мотивы алкоголизации были довольно частым объектом исследования, но возможности их изучения ограничены. Истинные мотивы алкоголизации часто не осознаны, а потому скрыты как от субъекта, так и от исследователя. Практически единственным методом исследования мотивов алкоголизации остается метод интервью, который, естественно, не в состоянии преодолеть указанные затруднения.

G. Edwards, C. Hensman, J. Peto (1972), сравнивая причины алкоголизации у мужчин и женщин по 17 параметрам, не выявили четкой разницы. Как у мужчин, так и у женщин прием алкоголя обусловлен сочетанием социальных и личностных причин. Мужчины чаще связывают прием алкоголя с особенностями работы, скукой, жадой развлечений и привычкой.

Указывали на роль невротических расстройств в приеме спиртных напитков — необходимость подавить чувство тревоги, одиночества, неполноценности [Rozenberg N., 1972] и улучшить адаптацию — стремление быть доброжелательным, более коммуникабельным [Stacey B., Davies V., 1970].

В. А. Чефранов (1970) приводит следующее распределение мотивов алкоголизации: в порядке развлечения — 44%, влияние членов семьи, товарищей — 29%, соблюдение питейных обычаев, традиций (семейное торжество, знаменательная дата, событие в жизни и т. д.) — 7%, супружеские и семейные неурядицы — 7%, душевные потрясения — 4%, неприятности на работе — 3%, другие причины — 7%.

По данным В. М. Банщикова с соавт. (1973), основными мотивами употребления спиртных напитков в молодые годы являются «обилие» свободного времени, отсутствие интересов, незнание, куда себя деть, чем заняться — все «скучно», «неинтересно». С возрастом актуальность использования свободного вре-

мени даже увеличивается (с 22,1% в возрасте до 19 лет до 48,5% в возрасте 20—29 лет). В то же время отрицательное воздействие взрослых, стремление быть самостоятельным, влияние традиций сокращаются.

На значение свободного времени в возникновении алкогольного эпизода указывали Р. Х. Газин, В. А. Жмуров (1972). По данным Бокина В. П. (1973), 40% всех опрошенных пьянствовали без всякого повода.

Исследовательская группа ВОЗ (1974) в качестве основных мотивов употребления спиртных напитков выделила удовлетворение любопытства относительно действия наркотического средства, чувство принадлежности к определенной группе, выражение своей независимости, а иногда враждебного отношения к окружающим, познание нового, приносящего удовольствие, достижение «ясности мышления» или «творческого вдохновения», достижение чувства полного расслабления, уход от чего-то гнетущего.

Национальные различия. Определенные ценности и стандарты поведения внутри этнических групп почти универсальны, по крайней мере в отношении членов данной группы. Сюда включаются ответственность перед группой, забота о детях и больных, уважение к старшим и другим членам группы, к их личной собственности, участие в определенных социальных или религиозных ритуалах, соблюдение групповых норм. Увеличение времени, проводимого в состоянии интоксикации, рост затрат на приобретение спиртных напитков вступают в конфликт с этими ценностями и отношениями, сокращая время, предназначенное для культурного досуга и других видов деятельности. Человек, злоупотребляющий алкоголем, начинает отдавать ему предпочтение в ущерб привязанности к этнической группе, семье, друзьям.

Интенсивные социально-культурные изменения сопровождаются ростом не только злоупотребления спиртными напитками или наркотиками, но и болезненности населения алкоголизмом и наркоманиями. Общий рост наркотизма в связи с форсированными культурными изменениями, видимо, достоверен и довольно универсален. Вид наркотизма в значительной мере определяется конкретными социально-культурными и климатическими факторами. В некоторых странах наркомании растут быстрее, чем алкоголизм. Так, малайцы мусульманского происхождения продолжают следовать традиционному запрету на алкоголь, но потребление ими опиума за последние 10 лет значительно возросло. В мусульманском государстве Кувейте злоупотребление алкоголем значительно превысило уровень потребления наркотиков, несмотря на строгие антиалкогольные законы. Во многих группах, ранее не имевших алкогольных проблем, эти проблемы стали появляться. Таковы китайцы, живущие общиной, апаша и евреи в Северной Америке, меланезийцы и полинезийцы на островах Тихого океана, испанцы, италья-

япцы и израильтяне в районах Средиземного моря, японцы в Азии [Westermeyer J., 1976].

Одним из важных факторов роста потребления спиртных напитков выступает процесс разрушения традиционной культуры под натиском современной западной цивилизации. Для этого явления используется даже специальный термин «культуризация» (acculturation).

В некоторых частях мира — Африке, Америке (коренное население), на Крайнем Севере — знакомство с алкогольными напитками стало частью первого столкновения с чужеземной цивилизацией. На первых порах алкоголь широко использовался как средство установления дружеских отношений и торговли с местным населением. В дальнейшем он стал оружием возрастающей силы в деле порабощения местного населения, подчинения его колониальным властям, торговцам, местным правителям и вождям.

Вторжение чужой культуры сопровождается разрушением базисной культуры, обесцениванием ее морально-этических норм, обычаев, привычек. Вместе с культурой обесцениваются и многие запреты (табу), которые, собственно, и являются частью культуры.

Отказываясь от привычных ценностных отношений, стиля поведения, человек оказывается в состоянии «обезличивания» (анонимии). Это социальная и психологическая дезорганизация (исчезают привычные нормы, понятия добра и зла, хорошего и плохого). При этом человек постоянно сталкивается с ситуацией, в которой прежние нормы уже неприменимы; следствием этого становятся чувство смятения, депрессия, а иногда и «анонимное самоубийство» [Mac Iver A., 1977]. Анонимию описывают как состояние, в котором человека лишили моральных устоев и стандартов поведения.

Неожиданное падение запретов открывает дорогу различным формам девиантного поведения и в первую очередь злоупотреблению алкоголем, чему в значительной мере способствуют насаждаемая популярность спиртных напитков, символическое отождествление их с высоким социальным положением, материальным благополучием [Heath D. W., 1975].

Сведений о быстром и массовом возрастании потребления спиртных напитков и росте проблем, связанных с пьянством среди коренного населения, имеется много. В некоторых странах ситуация стала настолько тревожной, что потребовала контрмер. В большинстве случаев эти меры принимались группами из чужеземных культур (миссионеры, представители административных властей), в других случаях дело брала в свои руки местная община.

Среди обычных мер чаще использовалось разделение европейского и местного коренного населения, которое, как считается, не способно контролировать прием алкоголя и поведение в состоянии опьянения.

В настоящее время ситуация в развивающихся странах осложнилась быстрым развитием собственной алкогольной промышленности, использующей современные технологии и оборудование. Легкость изготовления спиртных напитков, развитие товарно-денежных отношений, распад патриархальной общины и расслоение общества в значительной мере способствовали изменению интенсивности алкоголизации и типов пьянства.

Раньше во многих обществах спиртные напитки традиционно употреблялись на праздниках, ритуальных встречах. Их изготавливали кустарно, в небольших количествах, с низким содержанием алкоголя и они не представляли серьезной угрозы для членов общины. Социально-экономические изменения привели к вытеснению этих традиционных напитков спиртными напитками промышленного изготовления. Переход к потреблению крепких напитков, полученных дистилляционной перегонкой, связан с глубокими изменениями в способах потребления, обстановке, нормах поведения. В итоге церемониальные, ритуальные традиции, вкусовые и возбуждающие аппетит мотивы потребления спиртного, которые можно рассматривать как временные, переходящие модели, сменяются утилитарными, присущими чужеземной культуре и поэтому «проблематичными» формами [Blascker E., 1966].

Миграция и резкие изменения в культуре не только связываются с ростом алкоголизма и наркоманией, но и положительно коррелируют с психическими нарушениями, особенно невротическими, с ростом преступности, социальным снижением. Считается, что эти последствия вызваны разрушением традиционных верований вследствие повышения грамотности, урбанизацией, а также повышением плотности населения, концентрацией популяций и углубляющейся пропастью между идеалами и жесткой реальностью, приверженностью к светским или так называемым западным образцам и ценностям, ослаблением семейных и общественных связей, чувством своеобразной «ностальгии» по прежней самобытности, жизненным целям и образу жизни. В атмосфере быстрых изменений в мире растущая алкоголизация может быть как символом новых ценностей, так и протестом против них.

Однако изучение национальных особенностей имеет свои трудности. D. W. Heath (1977) указывает, что понятие «этническая группа» не унифицировано и трактуется неоднозначно. Так, определение «ирландец» по месту рождения его отца не сопоставимо с идентификацией «еврей» по религиозной принадлежности. Другой недостаток социально-культурных исследований состоит в игнорировании мнений членов группы. В работах K. Jessor и соавт. (1968, 1978) показано, что социально-психологический статус отдельных индивидов гораздо больше определяет ориентацию группы, чем их этническая принадлежность. Из социально-психологических факторов, в основном влияющих на потребление спиртных напитков, авторы выделяют объектив-

ную возможность, социальный контроль, осознанную (субъективную) возможность и личностный контроль.

Влияние социально-демографических факторов. К ним относятся пол, возраст, классовая и профессиональная принадлежность.

Пол. Половые различия в потреблении спиртных напитков и распространенности пьянства общеизвестны и в ряде случаев довольно значительны [Морозов Г. В., Качаев А. К., 1971; Ураков И. Г., Куликов В. В., 1977; Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я., 1978; Moor R. A., 1964; Warkov S. et al., 1965; Bailey M. B. et al., 1965; Cahalan D. et al., 1965—1974; Drew L. R., 1968; Stacey B., Devis L., 1970; Cahalan D., 1970; Fillmore K. M., 1974].

Большинство исследователей отмечают высокий, в ряде случаев чрезмерно высокий, уровень пьянства и алкоголизма у мужчин по сравнению с женщинами. Так, в США мужчин, злоупотребляющих алкоголем, в 3—6 раз больше, чем женщин, абстинентов среди мужчин вдвое меньше, чем среди женщин. В Шотландии 74% мужчин постоянно пьющие, среди женщин таких только 46% [Drew L. R., 1977]. Известно, что женщины менее склонны к потреблению спиртных напитков, тем более к пьянству. Правда, эмансипация вносит свои коррективы, они касаются главным образом умеренного, а не избыточного потребления алкоголя [Clark W., 1964]. Различие в употреблении спиртных напитков мужчинами и женщинами связывают с их неодинаковым социальным положением и нормами поведения. Лицам, занимающим зависимое и подчиненное положение (женщины, дети, рабы, заключенные и т. п.), по традиции запрещалось потребление спиртных напитков [Knipfeg G., Room R., 1964].

Во многих развивающихся странах пьянство среди женщин очень низкое. В Индии, Шри Ланке, Таиланде женщины, злоупотребляющие алкоголем, представляют собой исключение [Satkunapagayam D. E., 1978; Wijesinghe C. P. и др., 1978]. Несколько больше, но также незначительно потребляют алкоголь женщины Латинской Америки.

В обществах с четкой и строгой социальной дифференцировкой мужчин и женщин наблюдаются различия в пьянстве по признаку пола.

За последние годы употребление спиртных напитков женщинами значительно возросло [Dahlgren L., Myrhed M., 1977].

Однако женский алкоголизм часто бывает тайным и становится больше трагедией самой женщины и ее семьи, чем общества.

Женщины прибегают к помощи посторонних лиц только в крайних обстоятельствах, когда все другие способы борьбы с недугом оказались безрезультатными. В работе М. Nellis (1978) показано, что сокрытие употребления алкоголя и наркотиков женщинами связано с их социальным статусом и особым отношением к женщине-алкоголичке в обществе. Чувство одиночест-

ва, изоляции, недостаток уверенности в себе и способности к выживанию в сочетании с соматическими болезнями часто являлись причиной злоупотребления алкоголем и заболевания алкоголизмом.

Исходя из такого понимания генеза проблем, связанных с пьянством у женщин, можно предположить, что в тех странах, где проблемы эмансипации разрешены и «женское движение» находится на подъеме, можно ожидать снижения потребления алкоголя и числа алкогольных проблем. Однако этого не происходит. Предполагается, что на смену старым, патриархальным, проблемам приходят новые, более острые (профессиональный стресс, более активная роль в социальных конфликтах), определяющие интенсификацию потребления спиртных напитков [Wilsnack R. W., Wilsnack S. C., 1980].

Число женщин, обратившихся в психиатрические больницы и диспансеры Шотландии, возросло с 1965 по 1973 г. на 138%, тогда как мужчин — только на 77%. Правда, увеличение этого показателя может объясняться не только ростом заболеваемости, но и увеличением числа пациенток, желающих лечиться, а также возможностью медицинских учреждений принять их на лечение [Sclare A. B., 1975].

Несмотря на приведенные данные, общие тенденции, связанные с половыми различиями, остаются неясными. Рост алкогольных проблем среди женщин не вызывает сомнения, но его природа остается спорной. Так, в докладе D. J. Armoog с соавт. (1976), основанном на ряде национальных исследований США, показано, что вопреки неофициальным сообщениям значительных изменений в потреблении женщинами алкоголя за 1971—1975 гг. не произошло. И все же имеются сведения о том, что число молодых женщин в США, начавших пить, возросло и начало приближаться к числу пьющих юношей [Donovan J. E., Jessor R. 1978].

На основании результатов этих и других исследований можно считать, что женщины стали не только больше пить, но и чаще обращаться в лечебные заведения, что связано с изменением социальной роли женщин в современном обществе.

Возраст. В ряде исследований рассматривается вопрос об изменении потребления спиртных напитков в зависимости от возраста. Так, в США пьющих умеренно, злоупотребляющих алкоголем и пьяниц значительно больше среди молодежи, чем среди пожилых. Среди мужчин наибольшее злоупотребление было выявлено в возрастной группе 18—20 лет. После 50 лет число злоупотребляющих алкоголем мужчин и женщин резко снижалось. В Канаде потребление спиртных напитков (в среднем более 150 мл этанола в день) было наиболее высоким у людей 40—49 лет, хотя как у мужчин, так и у женщин 30—39 лет он был не намного ниже [Rootman J., 1977]. В Австралии среди мужчин наиболее высокое ежедневное употребление алкоголя отмечалось в возрасте 25—44 лет, затем 45—64

лет и 18—24 лет [Австралия. Департамент здравоохранения., 1978].

Данные ряда стран (США, Австралия, Япония) свидетельствуют о росте злоупотребления спиртными напитками среди молодежи, возрастает алкоголизация и снижается возраст, с которого подростки начинают пить. Так, в Ванкувере (Канада) в 1970 г. 9% студентов употребляли алкоголь чаще одного раза в неделю, в 1978 г. эта цифра составила уже 14% [Hollander M. J. Mascudy E. A., 1978]. В США потребление спиртных напитков с 1968 по 1973 г. значительно возросло, а затем до 1977 г. оставалось стабильным [San Mateo county, 1977]. В то же время Н. Т. Blane, Л. Е. Hewitt (1976); J. F. Mosher (1977) не отмечают усиления пьянства среди американских школьников в период с 1960 по 1973 г. Повторные исследования в Финляндии (1960—1973) показали резкое снижение абстиненции среди молодежи 14—18 лет. В 1973 г. только 10% обследованных воздерживались от спиртных напитков [Bruun K., Hange R., 1963; Bruun K., 1965; Ahlstrom-Laakso S., 1975].

В Австралии в 1977 г. 28% мальчиков и 15% девочек 14—16 лет бывали сильно пьяными чаще одного раза в месяц, в 1974 г.—соответственно 22 и 8% [Egger G., Champion R., 1978].

Национальные исследования США выявили среди учащихся 13—18 лет 30% «проблемных пьяниц», 50% учащихся напивались допьяна в течение года, 25% из них напивались чаще 4 раз в году.

В Великобритании за период с 1954 по 1963 г. пьянство в общественных местах среди лиц моложе 21 года возросло в 3 раза [Glatt M. M., Hills D. R., 1968].

Увеличение пьянства молодежи сопровождается нарушением социальных норм, ростом дорожно-транспортных происшествий. В Канаде (Онтарио) в 1970 г. молодые люди 16—19 лет составили 5,5% пьяных водителей, виновных в дорожно-транспортных происшествиях, в 1973 г. — 15,4% [Whitehead P. C., 1977].

Среди систематически пьющих лица старше 30 лет склонны к частым, но не чрезмерным выпивкам, а молодежь проявляет склонность к более редкому, но более интенсивному пьянству. Умеренное злостное пьянство преобладает среди много пьющих мужчин во всех возрастных группах, кроме самой молодой [Cahalan D., Room R., 1974].

Совершенно очевидно, что процессы старения ограничивают количество потребляемого алкоголя. Кроме того, старики склонны вести упорядоченный образ жизни. Молодые люди, особенно не имеющие личных денег, и те, кому по возрасту еще не продают спиртного, пьют менее систематически и более склонны к потреблению алкоголя по праздникам или особым случаям, поглощая сразу большое количество спиртного. В последнем случае злостное пьянство связано главным образом с потребностью в общении, которая больше выражена у молодежи, чем у лиц старшего возраста.

Такие различия в систематическом пьянстве у молодых и пожилых ставят распространенность «злостного пьянства» в зависимость от выбранных критериев. Так, по частоте выпивок или суммарному объему алкоголя злостное пьянство окажется более свойственным лицам среднего возраста; если учитывать разовые количества алкоголя, то на первый план выдвигается молодежь [Cahalan D. et al., 1969].

R. G. Smart, M. S. Goodstadt (1976), основываясь на обзоре исследований, проведенных в США и Канаде, считают, что в зависимости от метода исследования число «проблемных пьяниц» среди молодежи колеблется от 6 до 40%.

В последнее время появились данные, указывающие на то, что злоупотребление спиртными напитками в юношеские годы, возникновение проблемного пьянства не обязательно приводят в последующем к заболеванию и что часть таких лиц с возрастом сокращает потребление алкоголя. Так, половина мужчин, признанных в колледжах проблемными пьяницами, в последующем перешли на обычные формы приема спиртного [Smart R. G., 1976]. По данным К. М. Fillmore (1974), обследование учащихся колледжей (мужчины) в 1949 г. выявило 44% проблемных пьяниц из числа пьющих. Спустя 20 лет только 19% этих лиц можно было отнести к категории проблемных пьяниц, остальные значительно сократили прием спиртного. Однако у женщин этой закономерности не наблюдалось.

В некоторых исследованиях злоупотребление спиртными напитками среди подростков рассматривается как «интегральная часть стиля жизни». Развитие у них привычки к приему спиртного может быть проявлением процесса «преждевременной социализации», сопутствующего переходу от детства к зрелости [Stacey B., Davies V., 1970]. Авторы считают, что само употребление спиртных напитков несовершеннолетними не следует рассматривать как патологию. Оно может быть преходящим звеном «взросления». У некоторых лиц этот процесс затягивается и становится патологическим. Они как раз и составляют группу проблемных пьяниц, которая должна стать объектом внимания медицинских и социальных работников.

Однако таких длительных наблюдений мало для получения достоверных данных, касающихся прогноза проблемного пьянства среди молодежи.

Многие исследователи пытались выделить факторы прогноза проблемного пьянства — исчезнет ли оно со временем, сохранится ли на прежнем уровне или будет возрастать. Некоторые использовали многопрофильные опросники. Однако достоверные критерии не были выделены. Установлено лишь, что прогноз пьянства тесно связан с личностными особенностями и девиантным поведением. В связи с этим профилактические меры не следует фокусировать на злоупотреблении алкоголем, они должны быть более широкими [Donovan J. E., Jessor R., 1978; Jessor R. et al., 1978].

Социально-классовая принадлежность. Несмотря на то что в большинстве исследований не выявлено прямых корреляций между количеством потребляемого алкоголя и социальной принадлежностью, имеются достаточно выраженные классовые различия в стиле пьянства. Отчасти они определяются финансовым положением. Так, бедняки и молодежь считают употребление спиртных напитков с низкой концентрацией алкоголя пустой тратой времени и денег. Однако различия в стиле пьянства могут отражать исторически сложившиеся различия между классовыми субкультурами [Edwards G., Chandler G., Hensman C., 1972]. Это особенно характерно для Великобритании с ее традиционной классовой сегрегацией даже для посетителей одной таверны.

Классовые различия в стиле пьянства могут отражать гораздо более выраженное профессиональное неравенство. Хотя бизнесмены и лица интеллектуального труда считаются принадлежащими к одному классу, сильное пьянство среди бизнесменов распространено в 2 раза больше, чем среди лиц интеллектуальных профессий [Cahalan D., Cisin J., Crossley H., 1969]. Среди самых обеспеченных людей также наблюдаются значительные различия в потреблении спиртных напитков [Hitz D., 1973].

Считается, что большее потребление алкоголя мужчинами связано с их более высоким социально-экономическим положением в обществе, а проблемное пьянство — наоборот, с низким положением. Проблемное пьянство среди женщин почти целиком определяется их более низким социально-экономическим статусом [Armstrong D. J., 1976].

В США различия в типах и формах пьянства в различных социальных группах больше связываются с региональными обычаями страны, чем с социально-экономическими факторами [Room R., 1977]. «Продольное» исследование одной из общин Швеции (1957—1972) на достаточно большом материале (более 2,5 тыс. случаев) показало рост числа больных алкоголизмом во всех классах и слоях общества. Наиболее интенсивно заболеваемость алкоголизмом росла у рабочих, занятых преимущественно ручным трудом («синие воротнички»), и составила за указанный период 340 случаев на 100 тыс. населения, среди мелкой и крупной буржуазии (бизнесмены, ремесленники, фермеры) — 230 на 100 тыс. и в средней прослойке (техники, инженеры, администраторы) — («белые воротнички») — 190 на 100 тыс. [Ojesö S., Hagnell O., Lanke J., 1983]. Отмечая различную скорость формирования алкоголизма в различных слоях общества, авторы объясняют это явление различной классовой ситуацией.

В Финляндии чрезмерное потребление спиртных напитков весьма распространено среди мужчин, занимающих высокие посты в городах, но среди них самый низкий процент напивающихся. Последняя категория преобладает среди зажиточных крестьян [Mäkelä K., 1971].

Как указывает R. Room (1977), различия в моделях и типах пьянства между классами и социальными группами отражают различия их доходов, а также социально-классовой культуры, имеющей давние исторические корни.

Большинство исследователей считают, что связь между социально-классовой принадлежностью и частотой возникновения алкогольных проблем практически отсутствует, во всяком случае при нынешних стандартах определения социального положения на основе социально-экономического статуса [Jessor R. et al., 1978].

Профессиональные факторы. Среди представителей некоторых профессий злостных пьяниц и больных алкоголизмом значительно больше, чем в популяции в целом. Это коммивояжеры [Amark C., 1951], управленческий персонал [Spratlay T. A., 1969], моряки [Brun-Gulbrandsen S., Irgens-Iensen O., 1967]. Особенно высокому риску злоупотребления спиртными напитками подвергаются руководители фирм и компаний, врачи, юристы, владельцы баров и лица, связанные с производством, распространением и продажей спиртных напитков. В развивающихся странах высока частота алкогольных проблем среди представителей исполнительной власти, служащих вооруженных сил, а также среди лиц опасных профессий — бурильщики, изыскатели нефти, рабочие-горняки и металлурги [Рум Р., 1978]. Специфические условия труда (длительная изоляция, интенсивная изматывающая работа, связанная с риском для жизни, доступность алкоголя) делают значительное потребление спиртных напитков неотъемлемой частью профессиональной субкультуры [Цафаров К., Власов С., Велева Е., 1973; Kerr C., Siegel S., 1954]. Хотя признается, что в определенном числе случаев безработица может усилить пьянство, большинство проблемных пьяниц имеют работу.

Национальный совет по алкоголизму США установил, что по меньшей мере 5,3% всего производственного населения США составляют больные алкоголизмом (от 3 до 12% на различных предприятиях). Более высокий процент больных связан с преобладанием среди работающих мужчин, их более пожилым средним возрастом, недостаточной производственной дисциплиной и другими факторами [Von Wiegand R. A., 1972].

Достаточно точных статистических данных о распространении злоупотребления алкоголем среди лиц различных профессий нет. Однако имеются указания, что лица некоторых профессий чаще сталкиваются с алкогольными проблемами. Правда, такие наблюдения оставляют в стороне вопрос о причинно-следственных отношениях: способствуют ли специфические условия труда злоупотреблению алкоголем или лица, уже чрезмерно пьющие, чаще выбирают эти профессии. Приводятся данные о том, что в этом процессе играют роль оба фактора [Plant M. A., 1977]. Так, установлено, что предприятия, связанные с производством спирта и спиртных напитков, привлекают к се-

бе чрезмерно пьющих и больных алкоголизмом [Plant M. A., 1976]. В Австрии число злоупотребляющих алкоголем на пивоваренных заводах в 2 раза выше, чем по стране [Frank H., Heil W., Leadolter I., 1967]. Аналогичные данные имеются по Дании, Ирландии, Шотландии. Часто злоупотребляют алкоголем и болеют циррозом печени хозяева трактиров.

Любые профессии, связанные с производством, распространением и продажей алкогольных напитков, сопряжены с более высоким риском злоупотребления ими, особенно при свободном доступе к спиртному и его продаже своим рабочим по сниженным ценам.

D. Cahalan с соавт. (1969) выявили более значительное и чрезмерное пьянство у бизнесменов, чем у государственных служащих. Бизнесмены и чиновники составляют 20% поступивших на стационарное лечение больных [Lemere F. et al., 1956]. Высокая смертность от цирроза печени среди управляющих компаниями, в 2,2 раза превышающая среднюю, в значительной степени связывается с профессиональной необходимостью участвовать в выпивках [Murray R. M., 1975; Plant M. A., 1977].

В Великобритании более половины женщин, больных алкоголизмом, принадлежат к административным служащим и менеджерам [Moss M. C., Davies E. B., 1968].

Выпивка как необходимый компонент работы довольно широко принята у лиц, занятых частной торговлей: 50% из них пили ежедневно, тогда как у «синих воротничков» эта цифра составляет 25%.

В развивающихся странах алкогольных проблем много у представителей исполнительной власти, держащих в своих руках будущее страны. Чрезмерное пьянство этих групп связывают с той ролью, которую исторически играет алкоголь в изучаемых регионах. Ранее спиртные напитки здесь употребляли только правители, что символизировало власть, высокое социальное положение. На это влияют расширение финансовых возможностей, приобретение новых привычек и склонности к выпивкам за границей.

Моряки во всех странах пользуются репутацией людей много и чрезмерно пьющих. Причины этого видят в освященных веками традициях моряков, возможности сочетания работы с приемом алкоголя, недостаточным выбором занятий, длительной социальной изоляцией, а также выбором работы в море лицами с неустойчивой психикой. S. Brun-Gulbrandson, O. Irgens-Iensen (1967), обследовав более 3 тыс. норвежских моряков, выявили 14% лиц, чрезмерно и серьезно злоупотребляющих алкоголем. Третья часть несчастных случаев со смертельным исходом среди моряков была связана с алкоголем [Arner O., 1973]. В Великобритании среди рыбаков выявлено 15% неумеренных пьяниц, причем их большинство имеют возраст 18—35 лет.

Имеются данные о все возрастающей распространенности чрезмерного пьянства среди домохозяек, остающихся дома в

одиночестве на целый день и имеющих легкий доступ к алкогольным напиткам.

Таким образом, выделяются следующие «факторы риска» чрезмерного пьянства, связанные с профессией: легкая доступность алкоголя, возможность или даже необходимость приема спиртного в рабочее время, алкогольные обычаи конкретных социальных групп, длительная изоляция, длительное сексуальное воздержание, физически тяжелые условия работы [Plant M. A., 1977].

В нашей стране бытовые формы пьянства начали изучать в конце прошлого столетия [Догель И. М., 1888; Керр Н., 1889; Ковалевский П. И., 1889; Алексеев П. С., 1898; Дембо Г., 1899]. Исследовались интенсивность алкоголизации населения [Толстой К. К., 1900; Радкевич В., 1913; Влассак Р., 1928], причины пьянства [Коровин А. М., 1907, 1916; Бородин Д. Н., 1910; Сажин И. В., 1915], влияние на распространенность злоупотребления спиртными напитками некоторых социальных факторов [Лосяцкий А., Чернышов И., 1913; Сажин И. В., 1915; Залмансон А. Н., 1915; Шоломович А. С., 1927], урбанизация [Воронов Д. Н., 1913, 1926, 1928, 1930; Израельсон З. И., Петиков В. В., 1922; Синкевич Г., 1926], алкогольные обычаи [Догель И. М., 1912; Невзоров В. Ф., 1916, 1930], социально-медицинские последствия неумеренного пьянства [Никольский В. И., 1903; Григорьев Н. И., 1908; Суханов С. А., 1908; Первушин С. А., 1911, 1912; Залмансон А. Н., 1915, 1927; Розенштейн Л., 1916; Соколов А. А., 1929; Дитрихсон Б., 1931], а также результаты принудительной трезвости [Мендельсон А., 1916].

Обращали внимание на рост потребления спиртных напитков и увеличение заболеваемости. Была предпринята попытка классифицировать бытовых потребителей алкоголя. Выделены следующие группы [Первушин С. А., 1909, 1911, 1912]: крестьянский алкоголизм, основой которого является подчинение питьевым традициям; пролетарский алкоголизм — прием алкоголя с целью получения эйфории, влечение к алкоголю; столовый, или буржуазный, алкоголизм — прием алкоголя как средства, возбуждающего аппетит, улучшающего пищеварение.

Выделялись первичные мотивы алкоголизации, куда включали физиологические (получение соответствующих ощущений) и психологические (алкоголь как наркотик), а также вторичные мотивы — подражание пьющим, подчинение питьевым обычаям, привыкание к алкоголю, ложное представление о позитивных свойствах алкоголя и реклама спиртных напитков [Воронов Д. Н., 1930].

В последующем работы в этом направлении сократились. Интерес к бытовым формам пьянства возродился вновь в 70-х годах, когда появилась серия исследований, посвященных социально-гигиеническим и медицинским аспектам алкоголизма [Морозов Г. В., Качаев А. К., 1971, 1973; Кузнецов А. И., Ураков И. Г., 1971; Бокин В. П., Копыт Н. Я., 1972; Ногаев В. В.,

Копыт Н. Я., Запороженко В. Г., 1973; Баншиков В. М., Бочков Г. И., Скоробогатов Ю. Р., 1973; Морозов Г. В., 1976; Сидоров П. И., 1979, и др.]. Однако их целью чаще было не изучение бытовых форм пьянства, а выявление с помощью скрининга истинной болезненности алкоголизмом. Это определяло и объект исследования — не все (взрослое) население, а только та его часть, у которой возникли различные проблемы в связи с пьянством: лица, доставленные в медвытрезвитель, совершившие правонарушения в состоянии опьянения, пьянствующие на производстве, лица, находящиеся в состоянии опьянения во время вызова к ним скорой медицинской помощи [Чефранов В. А., 1970; Чекайда О. П., 1972; Бокин В. П., Копыт Н. Я., 1972; Бокин В. П., 1973; Левертов С. А., 1977].

Бытовые формы пьянства изучались Ю. П. Лисицыным, Н. Я. Копытом (1973, 1978), Н. Я. Копытом, В. Г. Запороженко (1973), Н. Я. Копытом, Т. С. Тамбаевой, А. В. Мельниковым (1973), Н. Я. Копытом (1975, 1980), Н. Я. Копытом, В. П. Бокиным (1976). При обследовании методом стандартного интервью работников промышленного предприятия выделены 3 группы [Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я., 1973]: непьющие (0,7% мужчин, 2,1% женщин), потребляющие спиртные напитки без злоупотребления (62,2% мужчин, 96% женщин) и злоупотребляющие ими (31,7% мужчин, 1,9% женщин). Непьющие в основном имели тяжелые соматические заболевания, беременность и т. д. Среди непьющих мужчин 6 человек состояли на учете у нарколога и находились в ремиссии.

В группе злоупотребляющих спиртными напитками выделены 3 подгруппы: лица с выраженными признаками алкоголизма (синдром похмелья) — 20,2%, лица с начальными проявлениями алкоголизма (влечение к алкоголю, повышение толерантности) — 16,8%, лица, злоупотребляющие спиртными напитками без признаков алкогольной зависимости, — 63%. К последней подгруппе отнесены лица, часто употребляющие алкоголь без достаточных поводов («за компанию», «без повода») с утратой контроля над своими поступками в состоянии опьянения (авторы считают это главным критерием), вследствие чего возникли определенные социальные проблемы — появление в публичных местах в состоянии выраженного опьянения и доставка в медвытрезвитель, отделение милиции, прогулы, нарушения общественного порядка. Многие лица из этой подгруппы уже имели отдельные неясно выраженные признаки зависимости.

Среди лиц моложе 20 лет злоупотребляющих не выявлено, наименьшее количество злоупотребляющих были в возрасте 50 лет и старше (12,4%). Больные алкоголизмом и лица, злоупотребляющие алкоголем без признаков зависимости (первая и третья группы), пьют максимально в возрасте 30—39 лет. Среди разведенных мужчин злоупотребляющих алкоголем в 1½ раза, а среди холостых в 4 раза больше, чем среди женатых. Прослеживается четкая обратная зависимость между образованием и

злоупотреблением алкоголем. Это совпадает с данными С. А. Левертова, Г. Г. Заиграева (1966), В. В. Ногаева (1972), О. П. Чекайды (1972). Четкой зависимости злоупотребления алкоголем от профессии, занимаемой должности, а также размеров заработной платы не выявлено.

В более поздних работах Ю. П. Лисицын, Н. Я. Копыт (1983) выделяют несколько иные группы:

— употребляющие алкогольные напитки редко (в основном по праздникам, семейным торжествам — в среднем не чаще 1 раза в месяц) в небольших количествах (несколько рюмок вина или крепких алкогольных напитков);

— употребляющие алкогольные напитки умеренно (1—3 раза в месяц, но не чаще 1 раза в неделю) в сравнительно небольших количествах (до 200 мл крепких напитков или 400—500 мл вина);

— злоупотребляющие алкоголем без признаков алкоголизма — употребляющие алкоголь часто (несколько раз в неделю) в больших количествах (более 200 мл крепких спиртных напитков или более 0,5 л вина).

Последняя группа соответствует «ненаркоманической форме алкоголизма» в классификации В. М. Банщикова, Ц. П. Короленко (1973).

Н. Я. Копыт, В. Г. Запороженко (1973) среди лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, выделяют группу без признаков алкогольной болезни (15% обследованных). Для них характерны утрата контроля над своим поведением — их доставляют в медвытрезвитель, они имеют приводы в милицию, прогулы на работе, нарушения общественного порядка. Несколько ранее Ю. П. Чекайда (1972) дал такое возрастное распределение лиц, злоупотребляющих алкоголем: до 20 лет — 1,6%, 20—29 лет — 16,2%, 30—39 лет — 32,5%, 40—49 лет — 33,9%, 50 лет и старше — 15,8%.

При выделении злоупотребляющих спиртными напитками использовались в основном социальные критерии [Заиграев Г. Г., 1966; Чекайда О. П., 1972; Ногаев В. В., 1972].

Аналогичное исследование провел В. В. Ногаев (1972). Методом анонимного анкетирования он обследовал промышленные и сельскохозяйственные коллективы. Не употребляют алкогольные напитки 6% (3,5% мужчин, 8,4% женщин), употребляют только по праздникам и в связи с другими торжествами 42,7%, пьют систематически при получении заработной платы (1—2 раза в месяц) — 22,5%, 1 раз в неделю (в субботу или воскресенье) — 19,4%, 2—3 раза в неделю — 7,1%, ежедневно — 1,5%, перед каждым приемом пищи — 0,6%. В юношеском возрасте во время праздников и торжеств начали употреблять спиртные напитки 53,9%, по примеру старших и друзей — 27,7%, по предложению членов семьи — 2,5%, в связи с психотравмирующей ситуацией — 4%, от безделья — 3,8%, без определенного повода — 6,1%.

Исследования как в нашей стране, так и за рубежом, свидетельствуют о преобладании непьющих в старших возрастных группах, в детском и подростковом контингентах. Рост потребления алкоголя в подростковых группах касается в основном лиц, вышедших из-под контроля родителей.

Таким образом, бытовое пьянство предстает перед нами как многогранная проблема, имеющая медицинские, медико-психологические и медико-социальные аспекты. Его исследование шло по трем основным направлениям: социальные последствия злоупотребления спиртными напитками (конфликты на работе, в семье, столкновения с законом); количественная (частотно-количественная, частотно-объемная) характеристика алкоголизации населения и влияние на этот показатель демографических, этнических, экономических, культурных и других факторов; доклинические формы бытового пьянства.

Разрабатывались вопросы потребления спиртных напитков различными группами населения, влияния алкоголя на заболеваемость и болезненность населения, на формирование девиантного и делинквентного поведения, клиники алкогольного опьянения, реже — мотивов алкоголизации, личностных факторов, способствующих злоупотреблению. Ряд проблем, важность которых не подлежит сомнению, остается совершенно не разработанным. К ним прежде всего относятся формирование алкогольных установок, условий возникновения и развития алкогольной потребности, изменение структуры личности, иерархических отношений в системе потребностей и мотивов в связи с возникающей алкогольной потребностью, роль психологических защитных механизмов в развитии бытового пьянства, изменение сферы общения и направленности деятельности в процессе интенсификации пьянства, групповое алкогольное поведение. Недостаточно разработанными остаются клиника привычного пьянства и нозологические границы алкоголизма, клиника алкогольного опьянения, ее трансформация в зависимости от возрастных особенностей, интенсивности пьянства или стадии алкоголизма, механизмы коррекции интенсивности опьянения.

Несмотря на признание примата социального над биологическим в человеке и понимание важности функций человека как общественного существа, социальная сторона преимущественно группового употребления спиртных напитков, роль научения в употреблении спиртных напитков и злоупотреблении ими практически не изучались.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ

Определение понятий — одна из наиболее трудных проблем любой науки. Наркология в этом отношении не составляет исключения. Широта распространения и разнообразие форм потребления спиртных напитков, «житейский» характер алкогольных обычаев и привычек породили массу названий и терминов,

часто перекрывающих или дублирующих друг друга, и наоборот, одним названием иногда обозначаются явления, далеко не однозначные. Это относится не только к тем определениям, которые из разговорного языка проникли в научный. Даже беглое ознакомление оставляет впечатление чрезвычайной терминологической путаницы.

В научной литературе группа проблем, связанных с употреблением спиртных напитков и злоупотреблением ими, определяется терминами «алкоголизм», «хронический алкоголизм», «алкогольная болезнь», «алкогольная наркомания» и «пьянство» (бытовое, случайное, привычное, умеренное, неумеренное и т. д.). Мы не будем вдаваться в историю терминологии и ограничимся определением понятий и терминов, используемых в настоящей работе.

В быту «алкоголизм» обозначает всякое неумеренное употребление спиртных напитков, и это слово часто становится синонимом русского «пьянства». В узко-медицинском смысле термин «алкоголизм» представляется довольно аморфным. Из множества определений алкоголизма можно выделить отождествляющие это понятие с заболеванием. Таково одно из отечественных определений: «Алкоголизм — заболевание, вызываемое систематическим употреблением спиртных напитков, характеризующееся влечением к ним, приводящее к психическим и физическим расстройствам и нарушающее социальные отношения лица, страдающего этим заболеванием».¹

Аналогично определение М. Keller (1960): «Алкоголизм — это хроническое заболевание, проявляющееся в повторных приемах массивных доз алкоголя, наносящих ущерб здоровью пьющего, его социальному и экономическому функционированию».

В Американском словаре алкогольных терминов алкоголизм определен как «хроническое и обычно прогрессирующее заболевание, характеризующееся зависимостью от алкоголя. Основное проявление алкоголизма — постоянное потребление достаточно больших количеств алкоголя, которое приводит к физическим, психическим, социальным и экономическим проблемам» [Keller M., McCormick A., 1968].

В других и более поздних работах алкоголизм определяется как неконтролируемое поведение, сводящееся к повторному, но не обязательно постоянному и регулярному потреблению спиртных напитков в количествах, наносящих вред пьющему или окружающим. Под «неконтролируемым поведением» понимается ситуация, связанная с потерей пьющим контроля над собой в отношении времени, места и количества потребляемого алкоголя [Glatt M. M., 1967; Keller M., 1972; Ludwig A. M., Wikler A., 1974].

G. Edwards (1973), справедливо указывая на неопределенность термина «алкоголизм», обозначает им потребление алко-

¹ БСЭ, изд. 3-е, т. 1, с. 442.

голя любого типа, если оно приводит к социальным, физическим или психическим нарушениям. Это понятие, по мнению автора, не обязательно подразумевает психическую или физическую зависимость, хотя и не исключает ее. Этим границы алкоголизма значительно расширяются и болезненные формы включаются в него как составная часть.

Комиссия экспертов ВОЗ (1954) также отметила, что «термин „алкоголизм“ не означает какой-либо нозологической единицы, а включает в себе ряд проблем, в том числе и медицинских». Несколько позже [Комитет экспертов ВОЗ, 1974] алкоголизм был определен как «состояние, при котором алкоголь потребляется во вред здоровью и социальному формированию личности...»

И. В. Стрельчук (1959) считает алкоголизм социальным понятием. Это в широком смысле неумеренное потребление алкогольных напитков, оказывающее вредное влияние на здоровье, быт, труд и благосостояние общества. Его следует отличать от более узкого, чисто медицинского, понятия «хронический алкоголизм» — заболевания, вызванного злоупотреблением спиртными напитками.

В последующем И. В. Стрельчук (1973) ввел в свою классификацию термин «бытовой алкоголизм», при котором отсутствуют такие симптомы заболевания, как влечение к алкоголю, утрата контроля и абстинентный синдром. Ю. П. Лисицын, Н. Я. Копыт (1983) высказали сомнение в правомерности терминов «бытовой алкоголизм», «бытовая алкоголизация», так как это предполагает существование «производственного алкоголизма» и «производственного пьянства». Они предлагают заменить его термином «злоупотребление алкоголем», трактуя его в широком социальном смысле как неумеренное систематическое употребление алкогольных напитков, сопровождающееся асоциальным поведением индивида, следствием чего являются приводы в милицию, доставка в медвытрезвитель, нарушение трудовой дисциплины, конфликты в семье.

Фактически термином «злоупотребление алкоголем» авторы объединяют как злоупотребление без психической зависимости (пьянство), так и начальные стадии заболевания.

В руководстве для врачей «Алкоголизм» (1983) термином «алкоголизм» определяется прогрессивное заболевание, проявляющееся патологическим влечением к спиртным напиткам (психическая и физическая зависимость), дисфункцией органов и систем, абстинентным синдромом при прекращении употребления алкоголя, а в далеко зашедших случаях — соматоневрологическими расстройствами и психической деградацией.

И. Н. Пятницкая (1972) предлагает говорить об алкоголизме как о «клинически четком и утверждающем историческую преемственность понятию; пьянство, еще не приведшее к формированию зависимости, целесообразно обозначать как алкоголизацию.

В зарубежной, особенно американской, литературе в последние годы намечается отход от общепринятых концепций и критериев алкоголизма. Термины «алкоголизм», «хронический алкоголизм» подвергаются критике на том основании, что они неоднозначны и не определяют какую-либо нозологическую единицу. Вместо них используется группа терминов — «злоупотребление алкоголем», «пьянство» (злостное, неумеренное, девиантное, привычное, асоциальное, проблемное), а также «алкоголизм с невозможностью бросить пить» (с психической зависимостью) и «алкоголизм с утратой контроля» (с компульсивным влечением). К этому необходимо добавить выделяемые некоторыми авторами «преалкоголизм» и «протоалкоголизм». Разобраться в этой лавине терминов довольно трудно.

Злоупотребление алкоголем — потребление спиртных напитков в таких количествах и таким образом, которые вызывают неодобрение общества [Келлер М., 1978]. Понятие «злоупотребление алкоголем» используется давно и по смыслу приближается к проблемному пьянству.

Более детализировано определение неумеренного пьянства. Неумеренным пьяницей считается человек, пьянство которого связано с:

- потреблением чрезмерных количеств алкоголя (по Marcopoli J. T., 1959, — более 20% суточной энергетической потребности);

- чрезмерной кратковременной интоксикацией или постоянным потреблением алкоголя;

- чрезмерным воздействием алкоголя на организм (в сравнении с воздействием алкоголя на других людей);

- чрезмерной реакцией на пьянство ближайшего окружения данной социальной группы;

- нанесением вреда здоровью;

- разрушением семьи, социального функционирования, потерей работы, ухудшением материального положения.

Под «пьянством» понимают те случаи, в которых на основе привычки или какого-либо предрасположения человек не может ни бросить пить, ни свести потребление алкоголя к «безвредному» минимуму при отсутствии симптомов заболевания [Jellinek E., 1960]. Автор, хотя и пытается разделить указанные понятия, фактически термином «пьянство» обозначает то, что по современной классификации относится к первой стадии болезни (зависимость от алкоголя).

В более поздних работах пьянство определяется как потребление больших количеств спиртных напитков с последующим опьянением или с целью опьянения в отличие от обрядового приема алкоголя, связанного с получением удовольствия или являющегося средством общения, а также для удовлетворения пищевых потребностей без намерения опьянеть [Келлер М., 1978].

«Злостное пьянство» — очень частые, почти ежедневные вы-

пивки с потреблением периодически 5 рюмок спиртного (200 г абсолютного этанола) и более [Caralan D., Cisin J. H., Crossley H. M., 1969]. Это пьянство с целью уйти от действительности, избежать нежелательных событий или переживаний, а также «озабоченность алкоголем» [Mulford H. A., Miller D. E., 1960, 1963; Cahalan D., Room R., 1974].

«Неумеренное (привычное) пьянство» — алкогольная интоксикация чаще 12 раз в году или пребывание под действием алкоголя чаще 1 раза в неделю даже без интоксикации.

«Девиантное пьянство» — потребление алкогольных напитков в размерах, выходящих за общепринятые социальные нормы (синоним — пьяница, нарушающий социальные нормы).

«Проблемное пьянство» — злостное пьянство, которое имеет негативную личностную реакцию или отрицательный общественный резонанс, создающее в связи с этим проблемы для пьющего и окружающих [Келлер М., 1978].

Несколько ранее М. Chafetz (1967) предложил считать «проблемным пьяницей» каждого испытывающего сильную алкогольную интоксикацию по меньшей мере 4 раза в году. К проблемным пьяницам, по мнению автора, необходимо также отнести лиц, поведение которых в состоянии опьянения потенциально угрожает их собственному здоровью или противоречит нормам социального окружения.

Некоторые авторы выделяют «преалкоголизм» — этап асоциального, соматопатического или тимогенного злоупотребления алкоголем, при котором последствия не настолько тяжелы, чтобы с уверенностью говорить о потере или ухудшении контроля за количеством выпитого, т. е. о возникновении заболевания, но достаточно серьезны, чтобы создавать реальную угрозу его возникновения [Keller M., McCormick A., 1968].

«Протоалкоголизм» — неклинический термин, альтернативный преалкоголизму, предложенный для обозначения повышенного риска развития алкоголизма при генетическом, семейном или поведенческом отягощении [Келлер М., 1978].

В отечественной литературе обозначение форм употребления спиртных напитков и злоупотребления ими разработано крайне недостаточно.

Ф. Е. Рыбаков (1916) дал следующее определение: «Пьянство — влечение к неумеренному употреблению спиртных напитков, которое развивается в силу наследственности или приобретенной привычки и само по себе уже нередко является болезненным расстройством».

Несколько иначе определял пьянство С. С. Корсаков (1901): «Пьянство — склонность к злоупотреблению спиртными напитками».

Г. М. Этин (1979) под пьянством понимает неумеренное употребление спиртных напитков, отрицательно влияющее на труд, быт, здоровье людей, благосостояние общества в целом. Понятие «пьянство» значительно шире бытового представления

о нем и включает в себя не только медицинский, но и социальный аспект.

Все же большинство авторов под термином «алкоголизм» понимают всю группу проблем, связанных с действием алкоголя, куда входят не только медицинские, но и социальные, юридические, психологические, нравственные и другие моменты. Термин «хронический» используется для обозначения заболевания, вызванного злоупотреблением спиртными напитками, и является понятием клиническим.

Толкование термина «привычное пьянство» также различно — от донозологических проявлений злоупотребления до далеко зашедших болезненных вариантов запойного пьянства. Та же неоднозначность присуща термину «бытовое пьянство», куда одни авторы включают все неболезненные формы алкоголизации, а другие — только случаи злоупотребления.

Причины неопределенности терминологии лежат в недостаточности наших знаний, ценность определений на этом этапе состоит именно в их неконкретности. Попытки немедленного устранения всех двусмысленностей и неточностей являются преждевременными. Длительный терминологический хаос в учении об алкоголизме должен расцениваться как предвестник созидательной фазы [Келлер М., 1978].

При избыточном количестве терминов ощущается дефицит обобщающих понятий. Так, нет термина, объединяющего все формы потребления спиртных напитков — как болезненные, так и неболезненные. Стихийно в этих случаях используется термин «алкоголизм», хотя, как мы уже показали, это более узкое понятие, включающее только болезненные варианты. Нет также термина, охватывающего все бытовые формы алкоголизации — как умеренные, так и неумеренные. Часто в этом значении используют термины «пьянство» или «бытовое пьянство», хотя они малоприемлемы, скажем, тогда, когда нужно обозначить форму алкоголизации лиц, редко употребляющих спиртные напитки. Эти термины более подходят для той части населения, которая злоупотребляет спиртными напитками, но не имеет признаков заболевания.

Мы далеки от мысли предлагать новые термины и хотим только уточнить понятия, использованные в данной работе.

Термином «алкоголизм» мы обозначаем все болезненные формы злоупотребления спиртными напитками, допуская его двойственное толкование — более широкое, с включением медицинских, социальных и других проблем, и более узкое, ограничивающееся только медицинским аспектом.

Все неболезненные формы употребления спиртных напитков мы обозначаем двумя терминами — «злоупотребление алкоголем» (синоним «пьянство», «бытовое пьянство»), которое включает в себя как систематические (алкогольная акцентуация), так и привычные (преалкоголизм) формы, и «употребление алкоголя» (случайное и умеренное).

ФОРМИРОВАНИЕ АЛКОГОЛЬНЫХ ОБЫЧАЕВ И ПРИВЫЧЕК

Вместе со всем положительным, что достигнуто старшими поколениями, молодое поколение на основе подражания старшим и уважения к их жизненному опыту усваивает и обычаи, переставшие отвечать требованиям жизни. Эти «традиции... — по словам К. Маркса, — тяготеют, как кошмар, над умами живых» (Маркс К., Энгельс Ф. Соч., т. 8, с. 119). «Сила привычки миллионов и десятков миллионов — самая страшная сила» (В. И. Ленин. Полн. собр. соч., т. 41, с. 27).

Наличие алкогольных обычаев и традиций не только определяет отношение людей к спиртным напиткам и их поведение в тех или иных ситуациях, но и формирует аналогичный подход у подрастающего поколения. Обычаи и традиции вне зависимости от того, связаны ли они с употреблением спиртных напитков или нет, являются частью культуры (или субкультуры) данной социальной группы. Алкогольные обычаи и традиции, сформированные на базе отживших обрядовых норм поведения и слепо копируемые последующими поколениями, представляют собой отживающую часть культуры.

Алкоголизм как болезнь общественного существа невозможно понять, ограничив исследования кругом биологических и патофизиологических проблем.

Общество как система социальной реальности существует в двух формах: объективной — общественное бытие, и субъективной — общественное сознание, которые тесно между собой связаны и взаимно влияют друг на друга. Как общественное бытие, так и общественное сознание являются для индивида чем-то внешним, заданным ему изначально и потому мало от него зависящим. Каждый индивид в процессе обучения, воспитания, деятельности присваивает (инкорпорирует, интериоризирует) то, что создано предшественниками, и из этих присвоенных элементов конструирует собственную личность. Затем в процессе труда, познания и общения он снова как бы отдает обществу (с процентами) присвоенное им содержание. Эта диалектика интериоризации (присвоения) и экстериоризации (отчуждения) всеобщая, присущая любым общественным формациям [Кон И. С., 1967]. В этом смысле «...индивиды как физически, так и духовно творят друг друга...» [Маркс К., Энгельс Ф., т. 3, с. 36].

Культура — исторически определенный уровень развития общества, творческих сил и способностей человека, выраженный в типах и формах организации жизни и деятельности людей, а также в создаваемых ими материальных и духовных ценностях. В более узком смысле — это сфера духовной жизни людей.

Культура есть взаимодействие многих факторов — права, политики, промышленности, торговли, науки и техники, изобразительных искусств и средств общения, этики как системы ценностей, которыми дорожат люди, и способов определения этих ценностей и, наконец, системы общих идей, используемых людьми для оправдания или критики основных условий жизни (социальная философия).

Культура включает в себя предметные результаты деятельности людей — машины, сооружения, результаты познания, произведения искусства, нормы морали и права, а также человеческие качества и способности, реализуемые в деятельности, — знания, умения, навыки, уровень интеллекта, нравственное и эстетическое развитие, мировоззрение, способы и формы общения людей.

Культура как сложное сочетание обычаев, идей, мировоззрений склонна к самосохранению, самовоспроизведению и развитию. Она воспроизводит себя посредством определенных изменений в психологической структуре членов общества (инкорпорирование, интериоризация, присвоение). В последующем происходит вторая фаза явления — формирование культуры новыми членами (экстериоризация, отчуждение). Поскольку усвоение культурных ценностей общества — не простое фотографирование, а творческая переработка, культурные нормы, усвоенные подрастающим поколением, несмотря на общую схожесть, будут чем-то отличаться от норм родителей. В этом основа эволюции культуры.

Формой передачи являются обычаи — форма организации общественного поведения, которая сопровождается приемом спиртных напитков.

Психологическим содержанием всякого обычая является социальная установка, сформированная на основе социального опыта предшествующих поколений, т. е. культуры. Следовательно, говоря о формах передачи «алкогольной культуры», нужно выделять два их варианта (уровня): индивидуально-психологический — это установка и социально-психологический — это обычай.

Специфических форм передачи способов употребления алкоголя нет. Употребление спиртных напитков включено в обычаи и традиции народа, связано с различными сторонами жизни, с определенными ритуалами.

Обычаи и традиции выполняют две общие социальные функции: являются средством стабилизации принятых в данном обществе отношений и осуществляют воспроизводство этих отношений в жизни новых поколений.

В отличие от традиций обычаи всегда дает детальное предписание поступка в конкретной ситуации и не предъявляет требований к духовным качествам человека. Например, обычай гостеприимства включает десятки подробных предписаний того,

как надо встречать гостя, угощать его, вести с ним беседу, провожать. Каждое из этих предписаний указывает, что нужно или чего не нужно делать, и оставляет в тени цель такого поведения.

Обычаи функционируют только тогда, когда имеются стереотипно повторяющиеся ситуации, и кристаллизуются в жестких стандартах действия.

Обычай формирует простые привычки — стереотипно повторяющиеся действия, в известной мере сходные с автоматизмами. Простая привычка — это средство организации поведения в стереотипно повторяющихся общественных отношениях.

Обычай передает молодому поколению стандарт действия. Очень часто, стереотипно повторяясь, повседневные отношения воплощаются в простые привычки, весьма устойчивые. Приняв форму обычаев, эти привычки воспринимаются людьми как нечто само собой разумеющееся, не требующее особого раздумья. Смысл этих привычек отходит на задний план или вытесняется из сознания вообще.

Обычаи и традиции — это не регламентированные юридическими установлениями, поддерживаемые силой общественного мнения формы передачи новым поколениям способов реализации сложившихся в данном классе, обществе идеологических отношений (политических, нравственных, эстетических, религиозных). Они представляют собой один из важнейших элементов культуры. По инерции и относительной самостоятельности обычаи и традиции значительно превосходят другие социальные явления.

Необходимость обмена чувствами, мыслями, вызванная самой общественной природой человека, выливается в соответствующие внешние формы. Эти формы, будучи раз найденными, прочно утверждаются в жизни как обрядовая сторона какого-либо события. В дальнейшем это своего рода готовое русло для внешнего выражения переживаний, вызванных определенными событиями, избавляющее от необходимости каждый раз искать форму этого выражения. Облечение эмоций и представлений отдельных людей в общие обрядовые формы всегда несет в себе отрыв этих форм от действительного содержания духовной жизни индивидов. Это обусловлено переходом элементов индивидуального сознания (эмоции, личные представления) в общую для многих людей форму их обрядового выражения как внешнего воплощения общественного сознания [Суханов И. В., 1976].

Обычаи и традиции в свою очередь формируют групповые нормы, которые представляют собой сложившуюся в группе систему требований, определяющих поведение ее членов. В групповых нормах фиксируются основные моменты совместной деятельности, цели, средства, предмет, процесс и продукт деятельности. Они определяют взаимные права и обязанности, образцы поведения и границы возможных вариаций, а также со-

держание и допустимые пределы санкций, применяемых к лицам, чье поведение отклоняется от общепринятого. Используя групповые нормы как систему отношений, индивид оценивает ситуацию и свое поведение.

ГЛАВА 3

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЮ СПИРТНЫХ НАПИТКОВ

Причины употребления спиртных напитков человеком, несмотря на кажущуюся очевидность, при ближайшем рассмотрении оказываются неоднозначными. Обычно исследователи обходят этот вопрос, и употребление спиртных напитков рассматривается как нечто само собой разумеющееся.

Те авторы, которые прямо или косвенно затрагивают эту проблему, обычно не отделяют причин употребления спиртных напитков от причин злоупотребления ими, в связи с чем факторы, определяющие распространенность спиртных напитков в быту, рассматриваются одновременно и как факторы, приводящие к заболеванию.

Такой подход неправилен и даже ошибочен. Причины употребления спиртных напитков, злоупотребления ими и возникновения заболевания различны. Они, вероятно, в чем-то сходны, но не тождественны. Здесь мы не будем останавливаться на причинах заболевания, многоплановых и хорошо освещенных в отечественной литературе, поскольку это заставило бы нас отклониться от темы.

Мы коснемся лишь проблем, связанных с употреблением спиртных напитков вне рамок болезни.

Распространенность, стойкость алкогольных обычаев и привычек, универсальность поводов потребления спиртного свидетельствуют о том, что выпивку нельзя рассматривать только как дурную привычку или одну из форм аномального поведения. Алкоголь иногда отвечает каким-то потребностям индивида, т. е. выполняет определенные социально-психологические функции. Без анализа этих функций невозможно понять не только природу возникновения и развития алкоголизма, но и сам факт столь массового распространения спиртных напитков.

Какие же факторы обусловили столь широкое распространение спиртных напитков и их употребление?

Универсальной концепции этого явления до сих пор нет. Указания на роль тех или иных факторов в распространении привычки к употреблению спиртных напитков разрозненны. Однако все они выводятся из психофармакологического эффекта алкоголя и именно в нем, вероятно, нужно искать секрет такой «популярности» спиртного.

Действие алкоголя на мозг изучалось в необозримом количестве работ, обзор которых не входит в наши задачи. Обобщая опубликованные данные, можно сказать, что с действием алкоголя связывают улучшение процессов коммуникации, разрешение межличностных конфликтов, снятие напряжения, его используют для получения эйфории и регуляции психосоматического состояния (приведение себя в зону комфорта). Описывается, естественно, масса других эффектов алкоголя, не столь однозначно оцениваемых и, на наш взгляд, менее важных. Из них можно, пожалуй, выделить еще так называемую символическую самоактуализацию — удовлетворение с помощью алкоголя самых разнообразных потребностей человека.

Выделенные свойства алкоголя рассматриваются в качестве факторов, обеспечивающих как употребление спиртных напитков, так и злоупотребление ими, включая возникновение заболеваний.

Однако для возникновения алкоголизма решающими остаются личностные факторы.

Мы опустим здесь медико-биологические аспекты проблемы и остановимся на социально-психологических факторах. Считается, что они более важны для формирования злоупотребления спиртными напитками и возникновения заболевания, чем нарушения функций органов и систем организма, связанные с приемом алкоголя [Williams A. F., 1968; Ross S., 1973], поскольку «интоксикационному поведению» обучаются [McAndrew et al., 1969; Martorano, 1974]. Содержанием психической зависимости от алкоголя на ранних этапах алкоголизма являются мотивы алкоголизации и установка на получение определенных психических эффектов от алкогольного опьянения, которые обусловлены личностными проблемами или сформированы под воздействием микросоциальных условий [Завьялов В. Ю., 1981].

Обобщая, можно сказать, что спиртные напитки обладают биполярным действием. С одной стороны, они редуцируют эмоциональное напряжение, с другой — создают эйфорию [Стрельчук И. В., 1966; Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1972; Jellinek E., Smith J. A., 1972]. Алкоголь, включаясь в обмен нейромедиаторов, вызывает эмоциональные изменения, которые формируют в дальнейшем влечение к алкоголю.

Устранение эмоционального напряжения наряду с эйфорией остается наиболее четким и постоянным эффектом алкоголя [Cohen L., 1960; Carpenter I., 1961; Smith G., 1968; Kastl, 1969; McClelland, 1972, и др.]

Ж. Н. Masserman, К. S. Yum (1973) экспериментально установили, что алкоголь, подавляя импульс страха, беспокойства, улучшает адаптацию к ситуации. В опытах с болевым раздражением алкоголь снимал невротический комплекс. Уменьшение напряжения и тревоги приемом алкоголя, равносильное дезактуализации психической травмы, будет способствовать закреп-

лению привычки пить. Эта способность алкоголя снимать эмоциональное напряжение, по-видимому, является неспецифической, поскольку аналогичные результаты получены при применении барбитуратов.

Механизмы действия алкоголя уточнил J. Conger (1956). Он показал, что алкоголь устраняет страх и напряжение, вызванные электрическим током. Принципиально важно, что страх не возобновляется после выведения алкоголя из организма. Эта способность алкоголя устранять страх и напряжение была положена автором в основу концепции, согласно которой при подкреплении между стимулом и реакцией может устанавливаться связь. Всякий стимул к действию сопровождается неудовлетворенностью, а следовательно, и напряжением. Если действие приводит к снижению или устранению напряжения путем удовлетворения возникшей потребности, то весьма вероятно, что при возникновении аналогичной потребности человек повторит это действие. Так закрепляется привычка к приему алкоголя в определенных ситуациях.

Некоторую роль при этом играют особенности личности, связанные с эмоциональными девиациями, способствующие фиксации влечения к алкоголю [Лукомский И. И., 1971; Ураков И. Г., Куликов В. В., 1973; Газин Р. Х., 1973; Жмуров В. А., 1978; Blane N., 1968; Overell J., 1983; Hoffman H., 1974, и др.]. Многие авторы склонны рассматривать пьянство как бегство от реальности [Clancy J., 1968], как средство ухода невротической личности от конфликтов [Кагрман, 1957].

Таким образом, если говорить только о психофармакологическом действии алкоголя, то все многообразие его эффектов можно свести к двум основным — созданию периода эмоционально позитивных переживаний (эйфория) у нормальных лиц и нормализации соматопсихического состояния, приведению в зону комфорта у лиц с различными эмоциональными нарушениями (фармакологическая коррекция). Нейрофизиологической основой эффекта может быть либо угнетение «субстратов тревоги» [Knight R. P., 1952], либо активизация «центров удовольствия». Все остальные функции суть производные от этих двух сильных моментов.

Тесные функциональные связи между центрами удовольствия и наказания, находящимися в реципрокных отношениях, позволяют унифицировать влияние алкоголя и свести его к воздействию на какую-то одну из указанных структур. При этом достаточно воздействия на один из этих центров, например, на центр удовольствия, чтобы получить оба эффекта — и эйфоризирующий, и транквилизирующий. Из этого базисного свойства алкоголя выводимы многие другие его эффекты, уже как частные проявления интоксикации в конкретных условиях.

Поскольку «облегчающий» эффект обычно появляется не сразу, а после определенного периода употребления алкоголя, а его интенсивность пропорциональна выраженности эйфоризи-

рующего действия, можно думать, что механизм облегчающего эффекта не связан с угнетением «субстратов тревоги», а скорее заключается в создании противоположного контрастного очага удовольствия (эйфории), который подавляет активность центров наказания [Бехтель Э. Е., 1968]. На возможность такого механизма действия алкоголя указывают клинические данные: острота конфликта снимается не только на время фармакологического действия алкоголя, но и на определенный период после него, что сопровождается переоценкой значения психотравмирующих факторов.

Таким образом, эйфоризирующий эффект спиртных напитков можно выделить как основной, базисный. Все остальные функции алкоголя суть эпифеномены этого кардинального свойства.

«Облегчающий» эффект алкоголя обусловил его использование для снятия эмоционального напряжения, вызванного конфликтной ситуацией. Способствуя активизации центров удовольствия, а через них реципрочно подавляя «субстраты тревоги», алкоголь устраняет стрессовое состояние и остается «удобным» психофармакологическим средством индивидуального «решения» межличностных конфликтов.

Другой функцией алкоголя, тесно связанной с его фармакологическим действием, считается облегчение общения. Межличностное общение часто затрудняется выраженными тормозными реакциями еще на этапах установления контакта, а в последующем — различным эмоциональным состоянием людей. Алкоголь в этих случаях, снимая тормозные влияния, создавая синхронно позитивный эмоциональный фон, облегчает общение. Эта функция алкоголя настолько универсальна и так широко используется, что получила на Западе название «социальной смазки», «социального катализатора» [Cahalan D., Cisin J. H., 1968].

Многократно преломляясь в многочисленных социальных ситуациях, эти основные функции алкоголя определяют не только все многообразие его психологических эффектов. Массовость использования, обеспечивающая участие во взаимодействии многих людей, придает алкоголю качественно новое, уже социально-психологическое, значение.

Однако имеются работы, в которых психофармакологический эффект алкоголя рассматривается с бихевиористских и психодинамических позиций.

В наиболее известных работах Р. Wütrich (1979) причины алкоголизма соотносятся с дефектами процессов социализации, деформировавшими культурные нормы поведения, в том числе и потребление спиртных напитков (неумеренное потребление спиртных напитков рассматривается в контексте нарушения поведения вообще). Нарушение стратегии социального взаимодействия вызвано тем, что в трезвом состоянии больной алкоголизмом не может приспособиться к реальности. В этом случае опы-

яние означает субъективную корректировку «хронически ошибочного действия». Нарушенная личная и социальная идентичность проявляется в дефектах коммуникативных способностей индивида, становится существенным признаком начинающегося злоупотребления спиртными напитками.

По мнению автора, еще задолго до возникновения зависимости появляются патологические элементы в стиле и образе жизни, выражающиеся в конечном счете в стремлении к интоксикации. «Бегство в опьянение» позволяет индивиду, по крайней мере в собственном воображении, представить себя более соответствующим своим ценностным представлениям, более адаптированным к требованиям и условиям социальной среды. Кроме того, «бегство в опьянение» позволяет человеку снять или уменьшить социальное давление, связанное с принудительным присвоением ему некоторых социальных ролей.

I. Shenk (1975) вообще считает, что потребление спиртных напитков, как и других наркотиков, следует рассматривать как выражение специфического образа жизни, при котором игнорируются общепризнанные нормы и осуществляется поиск новых впечатлений и переживаний.

Эта точка зрения базируется на неофрейдистских и психодинамических концепциях. Согласно последним, на ранних этапах развития общества алкоголь играл символическую роль (кровь) и употреблялся в качестве ритуального атрибута. На алкоголь переносили свойства крови — сила, обновление, крепость, пища, лекарство. В дальнейшем совместный прием алкоголя означал идентификацию (отождествление с партнером по взаимодействию). Эти две роли алкоголь играет и поныне (прием гостей, религиозные праздники).

Однако становлению алкоголизма способствуют иные свойства алкоголя. Общество подавляет антисоциальные стремления индивида (законодательство, воспитание), и это подавление вызывает тревогу, чувство вины. Алкоголь, снимая самоконтроль, способствует облегчению социального давления и расслаблению. В примитивных обществах интересы членов равны, источники напряжения не индивидуализированы, поэтому у таких народов употребление спиртных напитков всегда происходит совместно и имеет вид ритуала. С расслоением общества агрессивные тенденции индивида все более подавляются, все разнообразнее становятся табу. Пьянство при этом учащается и становится индивидуальным [Jellinek E., Hill H. E., 1962].

Проблему алкоголизма эти авторы ограничивают индивидом: «В современных условиях хорошо организованная личность успешно справляется с внешними и внутренними стрессами, пользуясь при этом социально приемлемыми путями. У неорганизованной личности чаще возникает состояние напряжения и чувство вины. Чем больше дезорганизация, тем меньше толерантность к стрессу, тем выше потребность в искусственном облегчении и компенсации. Эта недостаточно организованная



личность и предрасположена к частому употреблению алкоголя».

Однако имеются работы с более широким подходом. Основываясь на довольно значительных расхождениях в характере и форме потребления алкоголя в различных социальных и этнических группах, D. Horton (1943) предположил, что социальные факторы также влияют на распространенность алкоголизма в той или иной социальной группе. Автор выделил 3 основных фактора: уровень напряженности общества, темп изменения экономических и социальных факторов и отношение общества к пьянству, национальные обычаи и привычки. Последний фактор является вторичным, поскольку он сам определяется групповой потребностью в алкоголе.

Острота социальных конфликтов, неуверенность в завтрашнем дне, навязывание иного образа жизни, по данным статистических исследований, служат основными источниками тревоги и напряжения в социальной группе. Наиболее мощным фактором, толкающим человека к пьянству, является форсированное изменение экономических и социальных отношений этнической группы, навязанное извне (acculturation).

Интенсивность и размеры пьянства в обществе, раздираемом противоречиями, зависят от уровня напряженности в нем, что делает алкоголизм индикатором социального благополучия.

Концепция D. Horton (1943) фактически переносит индивидуально-психологические факторы алкоголизма на этническую группу, т. е. представляет собой попытку решить социологическую проблему методами индивидуальной психологии.

Данные других авторов [Bales R. F., 1946; Williams P. H., Straus R., 1950; Barnett M. L., 1955] позволяют предположить, что уровень напряженности в обществе — не единственный фактор развития алкоголизма, поскольку размеры пьянства среди различных этнических групп варьируют значительно больше, чем напряженность в них.

Кроме этого, считается возможной такая ориентация этнической группы, при которой стрессовая ситуация приводит не к возрастанию пьянства, а к увеличению потребления пищи [Snyder, Landman, Ulman, 1953—1958]. Этим, в частности, объясняется малая распространенность алкоголизма среди евреев и итальянцев [Bales R. F., 1946] — на стрессовую ситуацию они отвечают увеличением приема пищи, а не алкоголя.

Одним из основных свойств алкоголя, возводящих проблему потребления спиртных напитков в ранг социальных, является облегчение интерперсональных отношений. Общение, независимо от характеристики, имеет сложную психологическую структуру и не всегда протекает гладко. В ряде случаев взаимодействие людей выявляет несовпадение точек зрения и целей, различный подход к проблемам, что приводит к взаимному непониманию, возникновению конфликтов, сопровождающихся отрица-

тельными эмоциональными переживаниями. Алкоголь, снимая эмоциональное напряжение, создавая положительный эмоциональный фон, может дезактуализировать конфликт и тем самым становится для личности способом его преодоления.

Облегчением процессов общения объясняются столь широкое распространение алкогольных обычаев и привычек, их универсальность. Вероятно, именно с этой функцией алкоголя — улучшением процессов общения — связано резкое возрастание потребления спиртных напитков в последнее время во всех странах.

XX век — век коммуникации, век резкого возрастания интенсивности общения людей, числа межличностных контактов. В то же время чем больше человек устанавливает межличностных контактов (интеракций), тем менее они эмоционально насыщены.

Получается парадокс: при резком увеличении числа партнеров общения потребность в общении остается неудовлетворенной. Это стало излюбленной темой писателей — одиночество человека в большом городе, один среди людей и т. п.

Однако необходимо подчеркнуть еще одну, как нам представляется, очень важную сторону действия спиртных напитков. Мы предполагаем, что эйфоризирующий эффект алкоголя, насаиваясь на позитивный эмоциональный радикал, возникающий при удовлетворении личностной потребности, усиливает его и тем самым создает иллюзию более полного удовлетворения потребности.

Можно сказать, что социально-психологическая функция алкоголя сводится к субъективному (иллюзорному) улучшению реализации различных личностных потребностей.

Однако зачем человеку нужно, чтобы его личностные потребности были удовлетворены? Ответить на этот вопрос не так-то просто.

Казалось бы, все ясно: потребности должны быть удовлетворены, поскольку это необходимо человеку, поскольку «так хочется», поскольку удовлетворять потребности приятно. Психологический смысл удовлетворения любых, даже жизненных, потребностей сводится к получению положительных эмоций и избеганию отрицательных. Однако отрицательные эмоции составляют неотъемлемую часть жизни и без них жизнь была бы невозможна. Зачем человеку нужны отрицательные и положительные эмоции?

Если отрицательные эмоции сигнализируют о том, что организм испытывает в чем-то нужду, предупреждают об опасности, то функция позитивных эмоций остается неясной. Зачем они нужны человеку, современная психология пока исчерпывающе объяснить не может.

Определить значение позитивных эмоций пытались в рамках гедонизма. Гедонизм — этический принцип, согласно которому высшей целью и главным стимулом человеческого поведе-

ния является наслаждение. Он был выдвинут древнегреческим ученым Аристиппом, который утверждал, что стремление к удовольствию заложено в человеке природой (натурализм) и определяет все его действия. Однако человек не должен становиться рабом удовольствия, следует стремиться к разумному наслаждению. Гедонизм был развит Эпикуром и его последователями, у которых он сближался с эвдемонизмом (эвдемонизм — часто применявшийся в истории способ обоснования морали). Гедонизм по своим этическим принципам близок к эвдемонизму, эпикуризму и утилитаризму.

Гедонизм как этическая концепция неоднократно и справедливо подвергался критике. Марксистская наука рассматривает человека прежде всего как существо общественное и с этой точки зрения сведение всех многообразных человеческих потребностей к получению наслаждения становится недопустимым упрощением. В конечном итоге оно основывается на биологическом или чисто психологическом понимании человека. Гедонистический принцип является, кроме того, индивидуалистическим. Наслаждения, к которым стремятся люди, имеют конкретно-историческую природу, их содержание неодинаково в разные исторические эпохи и у разных социальных групп. Следовательно, только в социальной практике следует искать истоки всех стремлений и целей, которые ставят перед собой люди.

Игнорирование социального начала в поведении человека, индивидуалистический подход, отсутствие связи с достижениями науки последнего времени делают гедонизм неприемлемым в качестве бихевиористской концепции. Однако альтернативы ему так и не найдено, и гедонистические принципы явно или скрытно используются в различных исследованиях поведения человека. «Хотя в научных кругах стремятся избегать грубого гедонизма как вышедшего из моды, в действительности все существующие теории социализации так или иначе исходят из этих предпосылок. Научение заключается в сохранении форм поведения, которые приносят удовольствие, и угасании тех, результатом которых бывает боль» [Шибутани Т., 1969]. И далее: «Хотя научение часто объясняется с точки зрения грубого гедонизма, следует помнить, что удовольствие и страдание для человеческих существ никак не сводится к физическим лишениям и удовлетворению животных импульсов. Беспокойство, связанное с возможностью потерять привязанность, чувство вины и весьма разнообразные символические удовлетворения усложняют картину».

Итак, возвратимся к исходному вопросу — зачем нужны человеку позитивные эмоции? Какую функцию они выполняют?

Частичное решение этого вопроса можно найти в трудах А. Н. Maslow (1954). Он сформулировал концепцию об иерархической структуре потребностей и мотивов личности и установил зависимость возникновения высших потребностей и удовлетворения низших. Иерархическая система потребностей чело-

века выглядит следующим образом: физиологические потребности, потребность в безопасности, потребность в привязанности и любви, потребность в уважении, потребность в самоактуализации, желание знать и понимать (когнитивные потребности), эстетические потребности (вначале перечислены низшие, физиологические, потребности, затем высшие, эстетические).

Потребности никогда не кончаются, человек всегда чего-нибудь хочет. Удовлетворение одной потребности рождает другую и появление каждой новой потребности обусловлено удовлетворением ряда прежних. Отсюда следует, что удовлетворение (даже частичное) низших, физиологических, потребностей ведет к возникновению других, высших, потребностей, удовлетворение которых в свою очередь опять сопровождается появлением еще более высоких потребностей, и так без конца. Доминируют и организуют поведение неудовлетворенные потребности, тогда как постоянное удовлетворение потребностей делает их не существующими в качестве активных детерминант поведения. Удовлетворение, как считает автор, является столь же важным понятием теории медицины, как и лишение (депривация).

Главными следствиями удовлетворения любой потребности становятся ее отступление на задний план и появление новой, более высокой, потребности. Другие следствия (отказ от прежних источников и предметов удовольствия, их игнорирование и возникновение зависимости от новых источников, ранее не привлекавших внимания) суть эпифеномены этого фундаментального акта. Эти изменения сопровождаются сдвигами когнитивных процессов (внимание, восприятие, память, мышление и т. д.). Новые интересы, источники удовольствия становятся в известном смысле более высокими. Удовлетворение потребностей положительно влияет на формирование характера и способствует здоровому развитию индивида.

С этих позиций позитивные эмоции приобретают новую роль. Свидетельствуя об удовлетворении очередной потребности, они являются основой формирования других, более высоких, потребностей. Это означает, что без позитивных эмоций не может развиваться система потребностей и мотивов, составляющая основу личности, ее ядро.

Потребность не может оставаться неудовлетворенной сколько-нибудь длительное время, так как она угасает. Если этого не происходит, то возникают выраженные нарушения психической деятельности. «Если человек длительное время имеет какие-либо основные потребности в сколько-нибудь активном состоянии, то он просто нездоров. Он столь же определенно болен, как если бы у него развилась острая потребность в поваренной соли или кальции» [Maslow A. H., 1954].

Своевременное неудовлетворение личностных потребностей приводит к выраженным нарушениям психических функций. Так, вследствие длительного неудовлетворения низших потребностей высшие могут атрофироваться. Например, долго голо-

давший человек впоследствии может удовлетворяться только достаточным количеством пищи. Лица, лишенные любви в раннем возрасте, в дальнейшем утрачивают всякую способность любить. Считается, что этот фактор лежит в основе ананкастной психопатии. Следовательно, легчайшее (хотя и не единственное) средство освободить организм от власти низших потребностей состоит в том, чтобы их удовлетворить. Наоборот, систематическое удовлетворение какой-либо потребности приводит к снижению ее ценностного ранга и изменению ее иерархического положения. Иерархия восстанавливается в случае депривации (неудовлетворения этой потребности).

На основании этих представлений А. Н. Maslow сформулировал «теорию удовлетворения», основанную на позитивной роли удовлетворения главных потребностей в формировании личности.

Функционирование человека происходит в сложных и часто меняющихся условиях, при которых далеко не все потребности могут быть полностью удовлетворены. В ряде случаев условия складываются столь неблагоприятно (стрессовая ситуация), что неудовлетворенной остается значительная часть потребностей, в том числе важных для личности. Это не только сопровождается внутренним конфликтом, но и снижает самоуважение, приостанавливает, по мнению автора, развитие личности. В этих условиях алкоголь, усиливая позитивный эмоциональный радикал, улучшает удовлетворение (хотя и мнимое) личностных потребностей, оптимизирует ситуацию. Он как бы позволяет «перешагнуть» через какие-то лишения, какие-то неудовлетворенные желания и продолжить формирование новых потребностей, несмотря на неполное удовлетворение старых, либо позволить дисгармоничной личности достигнуть конгруэнтности, привести в соответствие желаемое и действительное, т. е. выступает условием развития личности в стесненных обстоятельствах, а также при нарушении внутренней гармонии.

Насколько универсальна эта концепция? Что будет, если эта функция алкоголя не выполняется?

Согласно концепции А. Н. Maslow, потребность не может долго оставаться в активном состоянии, так как это рождает постоянно усиливающийся личностный конфликт. Потребность должна быть удовлетворена или редуцирована. Если естественное удовлетворение потребности по каким-либо причинам невозможно, то у человека имеются две возможности — редуцировать потребность (дезактуализировать ее) или осуществить мнимое удовлетворение потребности, скажем, с помощью алкоголя. Обе возможности достаточно широко используются, но в ряде случаев ни одна из них недопустима. Если по каким-либо причинам прием алкоголя невозможен (культурные традиции, морально-нравственные принципы, биологическая непереносимость и т. д.), а редукция потребности представляет для личности определенные трудности (так называемая недостаточно

интегрированная личность), то, по мнению автора, возможны различные невротические и аффективные расстройства.

Взаимосвязь алкоголизма, неврозов и аффективных расстройств замечена давно [Скугаревская Е. И., 1969; Нуллер Ю. Л., 1972]. В западной литературе основной такой связи является общая психоаналитическая и психодинамическая трактовка причин этих заболеваний. В последнее время связь между алкоголизмом и неврозами, куда включали и депрессию, выявлена кросс-культуральными исследованиями. По некоторым данным, интенсификация пьянства сопровождалась уменьшением невротических расстройств, а рост невротизации коррелировал с сокращением потребления спиртных напитков. Так, у американцев ирландского происхождения установлена довольно высокая заболеваемость алкоголизмом, однако у них практически нет невротических расстройств. Наоборот, у лиц еврейской национальности уровень невротических расстройств значительно выше, чем в других этнических группах, зато заболеваемость алкоголизмом минимальная [Westermeyer J., 1976].

В ряде районов Африки и Северной Америки, где больных алкоголизмом мало (менее 5%), обнаружен высокий уровень психоневротических расстройств. Их признаки выявлялись приблизительно у половины населения [Leighton A. H., 1969]. Там, где уровень алкоголизма высок, частота психоневротических расстройств уменьшается. Аналогичные данные получены и при изучении наркомании. Так, по данным того же А. Н. Leighton, среди хмонгов (народность, живущая в Азии и выращивающая мак) наркомания диагностируется у 20% взрослого населения. Невротические нарушения у них выявлялись значительно реже, чем наркоманические. У тех же хмонгов, проживающих в Америке и не имеющих столь свободного доступа к опию и его производным, наркомания и алкоголизм сократились до 1% (т. е. даже ниже, чем в среднем по Америке), зато невротические расстройства зарегистрированы у 90% населения.

Однако установление факта колебания интенсивности алкоголизма, наркомании и уровня невротизации еще ничего не говорит о их взаимосвязи. Это тем более относится к приводимым исследованиям, где не учитываются громадные различия социальных условий жизни этих народностей в Азии и Америке.

Несомненно, что алкоголь может использоваться недостаточно интегрированной личностью для коррекций своего состояния. Если употребление спиртных напитков постоянно контролируется обществом, а злоупотребление пресекается, то у лиц, имеющих определенный дефект, могут развиваться невротические расстройства. Если злоупотребление алкоголем широко распространено, то у некоторых людей компенсацию личностной дисгармонии может обеспечивать систематическое употребление спиртных напитков и как следствие этого развитие заболевания. Этот путь предпочитают импульсивные, антиавтори-

тарные, экстравертированные и эмоционально неустойчивые [Westermeier J., 1981].

Приведенные данные показывают, что развитие невротических расстройств и алкоголизма может иметь общие этиологию и патогенез. Исследования этой проблемы еще только начинаются и пока недостаточны для окончательных выводов.

Таким образом, психотропное действие алкоголя сводится к снятию эмоционального и физического напряжения, регулированию психосоматического состояния, моделированию зоны комфорта, эйфоризирующему эффекту, социально-психологическое действие — к облегчению общения, решению межличностных конфликтов.

Свойства алкоголя, определяющие его социально-психологическую роль и объясняющие столь широкое распространение спиртных напитков не являются позитивными и несколько не умаляют негативных последствий пьянства. Употребление спиртных напитков, как всякое сложное явление, должно рассматриваться в диалектическом единстве. При выходе потребления за пределы групповых алкогольных норм удельный вес негативных последствий быстро растет.

ГЛАВА 4

ФОРМЫ АЛКОГОЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

ИНТЕНСИВНОСТЬ АЛКОГОЛИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

Определение болезни и ее границ невозможно без четкого представления об исходном, изначальном, состоянии организма, т. е. о норме. Прежде чем описывать дозонологические формы пьянства и их отличия от алкоголизма, необходимо уточнить термин «болезнь», определить смысл, вкладываемый в понятия нормы и здоровья.

Представление о норме в последние годы значительно изменилось. Понимание нормы только как идеала или среднестатистической величины постепенно уступает место более гибким и динамичным формулировкам, учитывающим все многообразие типологических форм. Норму стали рассматривать как «целесообразный процесс адаптации и противодействия болезнетворным влияниям» [Семинов С. Б., 1982].

Многообразие нормы, ее всеобъемлющий характер в медицине породили массу определений, основанных на отдельных проявлениях нормы. М. Ю. Ахмеджанов, А. М. Лившиц (1971) выделили 6 основных групп определений: идеальная норма, среднестатистическая норма, максимальная норма, норма как функциональный оптимум, норма как условное обозна-

чение объективно существующих явлений и норма как форма приспособления к внешней среде.

Выделенные понятия несколько перекрывают друг друга. Максимальная норма довольно близка к понятию идеальной нормы и нормы, определенной через функциональный оптимум, а последние две группы фактически являются среднестатистическими показателями. Можно выделить два основных определения — норму как идеальное (максимальное) и среднестатистическую норму.

Применительно к рассматриваемому предмету идеальной нормой было бы полное воздержание населения от спиртных напитков. Поскольку абстинент среди взрослого населения скорее представляет собой исключение, чем правило, для определения нормы в наркологии такое понятие неприменимо. Определение нормы через функциональный оптимум в наркологии также мало продуктивно. Строго говоря, ни одно употребление спиртных напитков не оставляет без нарушения те или иные функции организма. Следовательно, более целесообразно использование среднестатистической нормы.

Однако индивидуальные колебания показателей среднестатистической нормы столь велики, что ограниченность понятия становится очевидной. Здесь, пожалуй, наиболее четко выявляется некорректность среднестатистической нормы: значительные индивидуальные колебания лишают ее всеобщности.

«Исправить» недостатки среднестатистической нормы можно, более четко определив объем выборки, ограничив группу явлений, на которую распространяется понятие нормы, и проведя типологию, деление выборки на группы по совокупности родственных признаков. В связи с этим для определения нормы целесообразно произвести разделение материала и описывать параметры «нормального» потребления спиртных напитков не в целом для всего населения, а только в различных его группах.

В последнее время разрабатывается так называемый нозоцентрический подход с акцентом на индивидуальных колебаниях нормы. В этом аспекте норма не должна рассматриваться в отрыве от патологии. Традиционная привязка понятия «нормы» к патологии или «здоровья» к болезни (нозоцентризм) не только не лишена смысла, но необходима и достаточна. Такое представление о норме важно потому, что оно позволяет судить о наличии, отсутствии или вероятности возникновения заболевания. В этом случае оценка состояния с точки зрения принадлежности к норме или патологии отступает на задний план перед вопросом о том, во что данное состояние может вылиться; понимание нормы как меры вероятности болезни отражает ее существенные свойства [Семинов С. Б., 1982].

Нозоцентрический подход к норме во многом сходен с понятием функциональной нормы. Весь диапазон разнообразных

изменений в организме с превращением абстрактной возможности заболевания в реальную болезнь отличает одна общая черта: они не приводят в данное время к утрате тех или иных функций. Именно это обстоятельство дает основание объединить их в границах нормы и определить норму (здоровье) как состояние организма, при котором он способен полноценно выполнять свои функции [Степанов А. Д., 1975].

Аналогичные определения нормы (здоровья) дают В. Д. Жирнов (1970), У. А. Кагермазов (1970), Г. И. Царегородцев, Е. М. Болтенков (1971), Э. И. Стригачева (1972) и др.

В последующем изложении понятие «норма» мы будем использовать именно с этих позиций: норма как величина, отражающая индивидуальные колебания в рамках популяции (нозоцентризм).

Групповая норма — это сложившаяся в группе система требований, определяющих поведение ее членов [Предвечный Г. П., Шерковин Ю. А., 1975]. Под групповой нормой понимается сложившееся в группе отношение к спиртным напиткам. Групповая норма, с одной стороны, определяет отношение населения к алкоголю, основные мотивы приема спиртных напитков (поводы), интенсивность алкоголизации, поведение в состоянии опьянения, с другой стороны — регламентирует реакцию на поведение отдельных лиц, выходящее за ее пределы, формальные и неформальные санкции к этим лицам.

Изучение групповых норм может касаться распространенности алкогольных обычаев, интенсивности и мотивов потребления спиртных напитков различными группами населения и др. Основные работы по этим вопросам как отечественных, так и зарубежных авторов приведены выше. Их результаты малосопоставимы, а достоверность многих из них за давностью (15—30 лет) в значительной степени утрачена. Объективное изучение ~~этих~~ параметров встречает определенные методические трудности.

Отношение населения к спиртным напиткам, распространенность алкогольных обычаев, интенсивность алкоголизации мы изучали методом сплошного обследования основных возрастных и социальных групп. Выборку составили работники заводоуправления и рабочие 3 основных цехов одного промышленного предприятия, население 2 сельских населенных пунктов, учащиеся одного профессионально-технического училища и студенты политехнического института (всего 4241 человек). Ученные больные алкоголизмом из выборки исключены. Исследование проводилось путем анонимного анкетирования, для чего были составлены анкеты двух типов.

Интенсивность алкоголизации определялась потреблением спиртных напитков (частота, количество), в некоторых случаях наличием и выраженностью клинических симптомов алкогольной привычки, чувством «насыщения» во время выпивки, от-

вращением к спиртным напиткам по утрам, снижением настроения, укорами совести, семейными конфликтами и т. д. В связи со значительным варьированием и выраженной ситуационной обусловленностью первых двух показателей количественная оценка проводилась суммарно.

Из обследованных прежде всего была выделена группа людей, практически не употреблявших спиртные напитки. Она состояла из двух подгрупп — абсолютных и относительных абстинентов. К первой были отнесены лица, совершенно не употреблявшие спиртные напитки в течение по крайней мере года (4,1%; 2,4% мужчин и 6,6% женщин). Вторую подгруппу составили лица, употребляющие спиртные напитки настолько редко и в столь небольших дозах, что этим можно было пренебречь — относительные абстиненты (4,9%; 3,7% мужчин и 6,5% женщин). К относительным абстинентам отнесены лица, употребляющие не чаще 2—4 раз в году не более 100 г спиртного (в пересчете на 40% алкоголь). Это в основном пожилые люди, страдающие соматическими заболеваниями, лица с непереносимостью алкогольных напитков. Более подробно обе группы описаны ниже.

Таблица 1. Интенсивность потребления спиртных напитков в зависимости от возраста и пола (в миллилитрах 40% алкоголя)

Возраст, годы	Обычные количества			Максимальные количества		
	мужчины	женщины	всего	мужчины	женщины	всего
До 20	271±64	128±46	198±52	471±80	256±78	360±74
20—29	309±46	132±52	220±48	530±72	322±70	425±68
30—39	342±37	141±54	231±45	553±64	315±59	429±60
40—49	320±40	135±50	221±43	487±58	298±61	392±51
50—59	242±40	134±48	186±41	413±65	313±59	363±60
60 и старше	161±52	118±32	139±37	351±74	220±64	270±66
В целом по вы- борке	286±45	138±46	208±43	492±57	282±54	389±53

Мужчины в целом употребляют спиртные напитки в 2—3 раза чаще женщин. Менее трети всех мужчин (29,4%) и более двух третей всех женщин (71,2%) употребляют спиртные напитки 1 раз в месяц и реже. Почти треть мужчин (28,8%) употребляют спиртное 1 раз в неделю, среди женщин пьют так же часто только 11,2%. Часто употребляют алкоголь (2—3 раза в неделю и чаще) 14,1% мужчин и 3,9% женщин.

Принципиально важна выявленная возрастная динамика частоты приема спиртных напитков. Уменьшение алкоголизации в старших возрастных группах уже отмечалось рядом исследователей [Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я., 1983] и хорошо согласуется с бытующими в населении представлениями о снижении устойчивости к спиртным напиткам с возрастом.

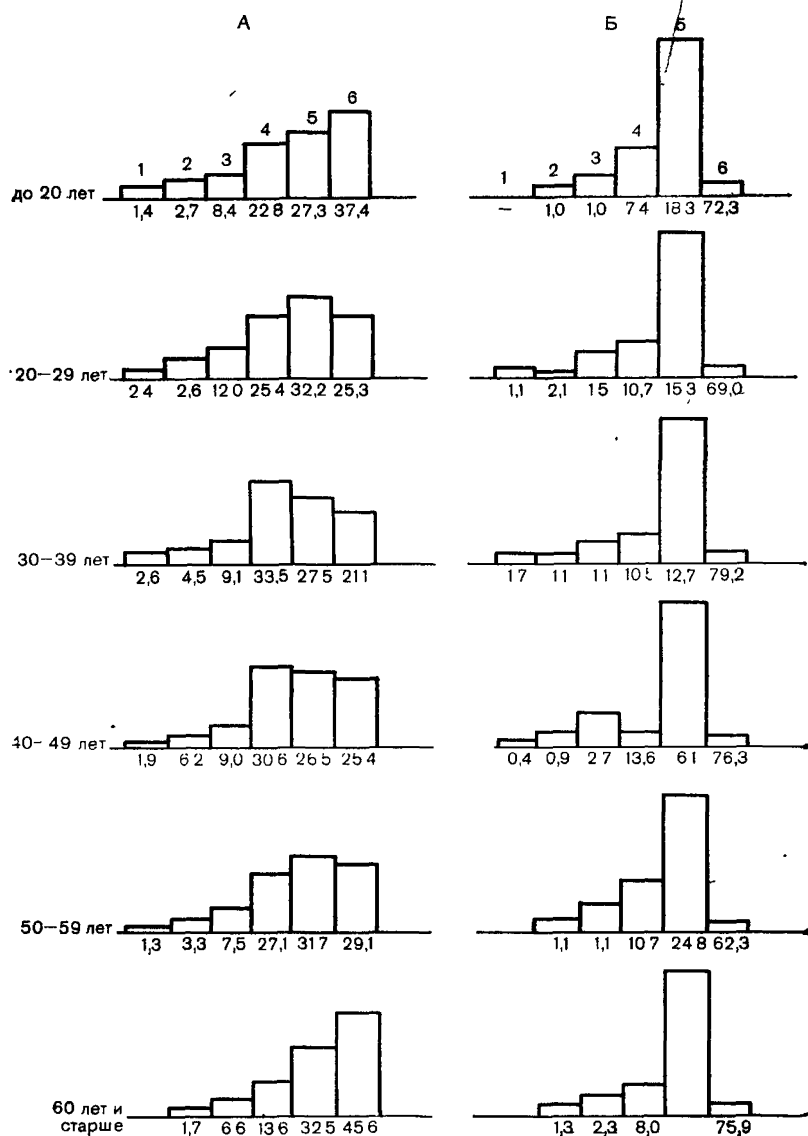


Рис. 1. Возрастно-половые колебания частоты приема спиртных напитков.

А — мужчины; **Б** — женщины. 1 — несколько раз в день; 2 — 1 раз в день; 3 — 2-3 раза в неделю; 4 — 1 раз в неделю; 5 — несколько раз в месяц; 6 — 1 раз в месяц и реже.

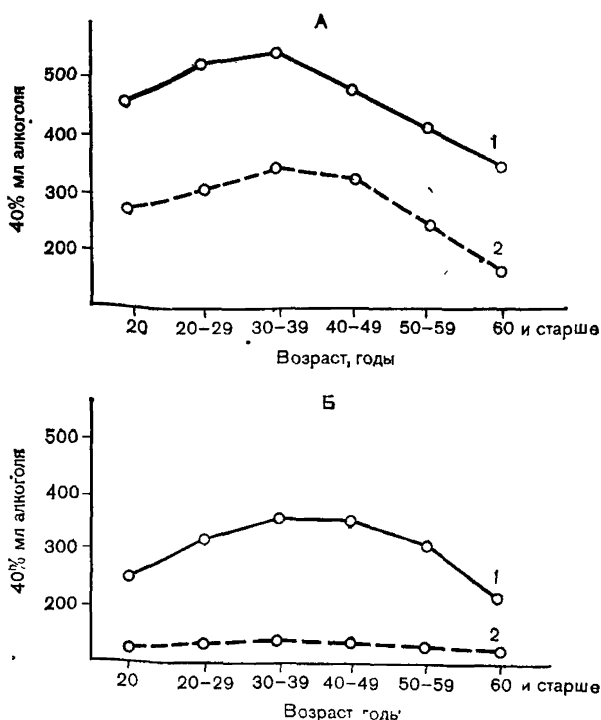


Рис. 2. Возрастная динамика потребления спиртных напитков.

А — максимальные дозы; Б — обычные дозы. 1 — мужчины; 2 — женщины.

Мы установили, что алкоголизация с возрастом сначала увеличивается (до 30—39 лет), а затем довольно быстро уменьшается (табл. 1). Эта закономерность повторяется в ряде сопряженных показателей. Так, мужчины моложе 20 лет чаще употребляют спиртные напитки 1 раз в месяц (37,4%), в 20—29 лет — несколько раз в месяц (32,3%), в 30—39 и 40—49 лет — уже 1 раз в неделю (33,5% и 30,6%), в 50—59 лет — несколько раз в месяц (31,7%), в 60 лет и старше — 1 раз в месяц и реже (45,6%). Учащение для групп 30—39 лет и 40—49 лет статистически достоверно ($p < 0,05$). У женщин эта закономерность выражена менее четко. Один раз в неделю в возрасте до 20 лет пьют 22,8% мужчин, в возрасте 20—29 лет — 25,4%, в 30—39 лет — 33,5%, в 40—49 лет — 30,6%, в 50—59 лет — 27,1%, в 60 лет и старше — 13,2% (рис. 1). Очень часто (2—3 раза в неделю и чаще) употребляют спиртные напитки в возрасте до 20 лет 12,5% мужчин и 2% женщин, до 29 лет — уже 25% мужчин и 4,7% женщин, в 30—39 лет — соответственно 17,1 и 3,9%, в 40—49 лет — 17,1 и 4%, в 50—59 лет — 12,1 и 2,2%, в 60 лет и старше — 7,3 и 3,6% (рис. 2).

Учитывая большую вариабельность количества спиртных напитков, выпиваемых за один алкогольный эпизод, нам пришлось описывать его двумя показателями: обычными количе-

ствами спиртных напитков (привычное количество) и максимальными количествами.

При обычном приеме количество спиртного в целом по выборке составляет 200 мл 40% алкоголя с колебаниями 150—250 мл (208 ± 43), причем для мужчин оно составляет почти 300 мл (286 ± 45), а для женщин — чуть больше 100 мл (138 ± 46) (см. табл. 1).

Мужчины потребляют спиртных напитков в 2 раза больше женщин. Это различие с небольшими вариациями сохраняется во всех возрастных группах и статистически достоверно ($p < 0,05$; $p < 0,005$).

Изменение интенсивности алкоголизации в зависимости от возраста приобретает вид дугообразной кривой. Ее края приходятся на крайние возрастные группы, а куполообразная вершина — на средний возраст (см. рис. 2). Интенсивность потребления достигает максимума в группе 30—39 лет, а затем резко снижается. В возрасте 60 лет и старше количество потребляемых спиртных напитков падает. Эта закономерность наблюдается у мужчин и женщин при употреблении как привычных, так и максимальных количеств алкоголя. У мужчин, особенно в отношении чрезмерных количеств, эта закономерность выявляется особенно четко ($p < 0,05$).

Так, у мужчин средние количества спиртных напитков возрастают с 270 мл в возрасте до 20 лет до 340 мл в 30—39 лет, а затем падают до 160 мл в 60 лет и старше. Максимальные количества алкоголя в тех же возрастных группах выявляют ту же тенденцию и составляют соответственно 470, 550 и 350 мл. У женщин также увеличивается потребление спиртных напитков в средних возрастных группах, а в последующем снижается с увеличением возраста, однако амплитуда этих изменений менее выражена (табл. 2).

Тенденция к росту потребляемого количества спиртного выражена наиболее резко у мужчин, потребляющих максимальные количества алкоголя. В возрасте до 20 лет чаще всего

Таблица 2. Возрастно-половой состав лиц, употребляющих большие количества спиртных напитков (500 мл 40% алкоголя и больше) (в процентах данной возрастной группы выборки)

Возраст, годы	Обычно			Максимально		
	мужчины	женщины	всего	мужчины	женщины	всего
До 20	17,6	2,2	9,8	43,8	5,7	21,4
20—29	24,5	2,1	13,2	53,1	12,3	33,0
30—39	18,1	2,8	10,3	55,8	12,0	36,7
40—49	15,8	2,9	9,2	52,1	8,4	29,9
50—59	7,8	2,4	4,9	33,4	5,7	18,6
60 и старше	5,9	2,1	3,9	25,9	3,1	14,3
В целом по выборке	16,2	2,5	9,3	49,6	9,8	28,7

выпивают 300 мл 40% алкоголя, в 20—29 и 30—39 лет — уже 500 мл, в 50—59 лет количество снижается до 300 мл, а в 60 лет и старше — до 200 мл (см. рис. 2). У женщин эта закономерность менее отчетлива.

Обычно выпивают 500 мл водки и более 17,6% мужчин моложе 20 лет, 24,5% — в 20—29 лет, 18,1% — в 30—39 лет, 15,8% — в 40—49 лет, 7,8% — в 50—59 лет и 5,9% — в 60 лет и старше (см. табл. 2). У женщин эти цифры менее демонстративны. Максимальное количество алкоголя составляло 500 мл водки и более для 43,8% мужчин моложе 20 лет, 53,1% — в 20—29 лет, 55,9% — 30—39 лет, 52,1% — в 40—49 лет, 35,4% — в 50—59 лет и 25,9% — в 60 лет и старше; у женщин соответственно 5,7; 12,3; 8,2; 3,1%.

Таким образом, изменение количества потребляемых спиртных напитков в зависимости от пола и возраста имеет ту же тенденцию, что и частота выпивок: возрастает от молодых групп к зрелому возрасту, достигая максимума в 30—39 лет (в некоторых случаях — 20—29 лет), а затем резко снижается. Поскольку оба показателя (частота и количество) действуют синхронно, усиливая друг друга, интенсивность алкоголизации (частотно-количественный критерий) с возрастом и выписывает обозначенную кривую. Можно считать, что употребляющих спиртные напитки чрезмерно часто и в больших количествах во взрослом населении около 20% (до 30% мужчин, около 10% женщин).

Не менее важно изучение других критериев, прямо или косвенно характеризующих интенсивность алкоголизации населения. К ним прежде всего относятся появление «насыщения» при приеме спиртных напитков, снижение настроения и отвращение к спиртным напиткам по утрам, реакция семьи на алкогольный эпизод, а также некоторые установочные феномены ограничения интенсивности опьянения.

Чувство «насыщения» во время приема спиртных напитков, свидетельствующее о полном удовлетворении потребности в алкоголе, возникает только у половины опрошенных (51,3%) как мужчин, так и женщин. Треть мужчин и 27% женщин вынуждены ограничивать прием спиртного, в связи с чем он не всегда сопровождается полным удовлетворением алкогольной потребности.

С возрастом число как мужчин, так и женщин, испытывающих «насыщение» во время приема спиртных напитков, увеличивается, достигая максимума у мужчин 40—49 лет и у женщин 30—39 лет, а затем незначительно снижается.

Отвращение к спиртному на следующий день после его приема испытывают 56,5% мужчин и 65,9% женщин. Обычное настроение на следующий день после алкогольного эпизода отмечают 35,5% мужчин и 39,4% женщин, пониженное — 57,6% мужчин и 57,8% женщин, повышенное — 6,9% мужчин и 2,8% женщин. Как и следовало ожидать, пониженное настроение на

следующий день после выпивки с увеличением возраста отмечают чаще как мужчины, так и женщины.

«Укоры совести» на следующий день после выпивки периодически испытывают 49% мужчин и 29% женщин, постоянно — 22,6% мужчин и 31% женщин. Несмотря на значительное различие в алкоголизации мужчин и женщин, последние чаще испытывают раскаяние, что, видимо, определяется их социальной ролью. В молодом возрасте сожалеют по поводу случившейся выпивки значительно меньше как мужчин, так и женщин. С возрастом число сожалеющих увеличивается в обеих группах, достигая максимума в 30—49 лет.

У 46% мужчин и 28% женщин периодически возникают конфликты при возвращении домой в состоянии опьянения. У 17% мужчин и 15% женщин эти конфликты бывают после каждого алкогольного эпизода. В молодом возрасте (моложе 20 лет) частота подобных конфликтов как у мужчин, так и у женщин незначительна, что, очевидно, связано с большим числом холостых и незамужних. Доля лиц, у которых эпизодически возникают конфликты в семье, с возрастом значительно увеличивается, достигая максимума в группе 30—39 лет (у мужчин — с 36,8 до 61,3%, у женщин — с 16,9 до 40,1%), что свидетельствует о росте интенсивности алкоголизации населения. Число лиц, у которых конфликты возникают по поводу каждого эпизода, более постоянно во всех возрастных группах и колеблется у мужчин от 11 до 16%, у женщин от 13 до 20%.

Особенно интересна, на наш взгляд, оценка интервьюируемыми позиции семьи в этом вопросе, отражающая способность критически оценивать свое пьянство. На фоне роста потребления спиртных напитков число мужчин, считающих, что их близкие правы, возражая против пьянства, сокращается с 38,6% в возрасте до 20 лет до 18,8% в возрасте 30—39 лет. Это свидетельствует о снижении способности критически оценивать свое поведение и о включении психологических защитных механизмов личности. В возрасте 40—49 лет происходит перелом, и число лиц, считающих позицию семьи правильной, скачкообразно возрастает до 36%, оставаясь в дальнейшем на том же уровне. У женщин подобная динамика не столь выражена.

Эти данные свидетельствуют о том, что психологические защитные механизмы личности включаются не только при возникновении заболевания, а значительно раньше, еще на этапе злоупотребления алкоголем.

По интенсивности потребления алкоголя всех обследуемых разделили на 5 групп: абстиненты (абсолютные и относительные), случайно пьющие, умеренно пьющие, систематически пьющие, привычные пьяницы (рис. 3). Более детальное клиническое описание групп приведено в соответствующих главах.

Употребление спиртных напитков в исследуемой популяции

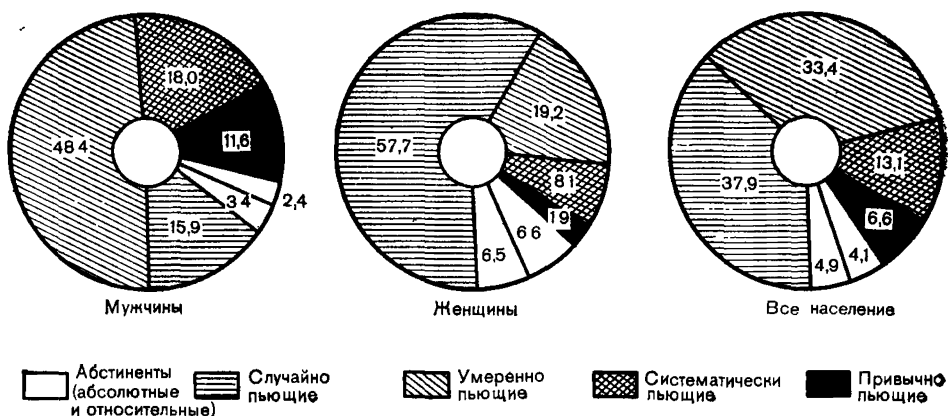


Рис. 3. Структура населения по показателю потребления спиртных напитков (в процентах).

в целом приближается к той форме, которая описана в англосаксонских странах. Большинство обследованных пьют эпизодически, но в количествах, достаточных для опьянения. Интенсивность алкоголизации в субботние и воскресные дни в несколько раз выше, чем в течение недели («пьянство конца недели»). Обследованные довольно часто пили и в дни получения заработной платы. Многократный прием небольших или умеренных доз спиртных напитков в течение всего дня (стиль коктейля, «столовый» алкоголизм) нетипичен. Только 0,6% обследованных употребляли спиртные напитки несколько раз в день, и почти у всех это коррелировало с приемом больших количеств спиртных напитков (500 мл водки в течение дня и более), выраженным опьянением.

МОТИВЫ АЛКОГОЛИЗАЦИИ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЧАСТОТУ АЛКОГОЛЬНЫХ ЭПИЗОДОВ

Многообразие мотивов употребления спиртных напитков общеизвестно. Этому вопросу посвящено много исследований, по большинству социологических. Наша задача состоит не в том, чтобы дать еще одно их описание, а в том, чтобы зафиксировать изменение этих мотивов с возрастом.

Прежде всего далеко не все пьют спиртное потому, что им этого хочется. На вопрос: «Получаете ли вы удовольствие от приема спиртных напитков?» только 71% обследованных ответили утвердительно, 21% — неопределенно и 8% — отрицательно. Для последней группы полностью, а предпоследней — частично прием алкоголя не ассоциируется с эйфоризирующим действием и скорее является социально принудительным. Спиртные напитки пьют без удовольствия, часто преодолевая нежелание, уступая настоянию окружающих для того, чтобы «не обидеть гостей», потому, что «так принято», «за компанию».

Для идентификации мотивов употребления спиртных напитков интервьюируемым предлагалось при ответе на вопрос: «По каким причинам чаще всего вы употребляете спиртные напитки?», сделать выбор из 8 возможных вариантов.

Наиболее частыми мотивами алкоголизации как у мужчин, так и у женщин являются необходимость поднять настроение, улучшить аппетит и поговорить с друзьями, хотя удельный вес этих факторов у них различен. Для мужчин более важным мотивом были общение, восстановление соматического комфорта; для женщин — поднятие настроения, устранение застенчивости и прочие причины.

С возрастом мотивы употребления спиртных напитков претерпевают значительные и довольно показательные изменения. Число лиц, употребляющих спиртные напитки для улучшения настроения, сокращается у мужчин с 50,8% в группе моложе 20 лет до 6,2% в группе 60 лет и старше, т. е. почти в 10 раз; у женщин — с 50,4 до 30%. Это прямо отражает клинически установленное снижение эйфоризирующего действия спиртных напитков у лиц старшего возраста (см. раздел «Клиника бытовых норм пьянства»). Такие мотивы приема спиртных напитков, как «для смелости», «из принципа», достаточно актуальные у молодых людей, в старших возрастных группах сходят на нет. Однако значение таких мотивов, как «для улучшения аппетита», «чтобы поговорить с друзьями», с возрастом увеличивается. Последний мотив у мужчин 40 лет и старше становится ведущим (7,7%). У женщин наблюдается та же динамика.

Следующая группа вопросов касалась факторов, сдерживающих частоту приема спиртного: отсутствие денег, времени, конфликты на работе и дома, соматические осложнения, психологический конфликт.

Установлено, что наиболее действенно сдерживают пьянство у мужчин боязнь потерять контроль над собой, явления последствий, неприятности на работе, отсутствие денег; у женщин — боязнь потерять контроль над собой, укоры совести, неприятности на работе.

Возрастная динамика анализируемых показателей аналогична. Факторы, сдерживающие пьянство, более актуальны у лиц 30—39 лет, чем у более молодых и пожилых. Употребление спиртных напитков «всякий раз, когда захочется» скорее отражает малую потребность в алкоголе, чем отсутствие установки на ограничение количества спиртного.

ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ К СПИРТНЫМ НАПИТКАМ. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛКОГОЛЬНЫХ ОБЫЧАЕВ И ПРИВЫЧЕК

Этот раздел исследования включал группу вопросов, выявляющих отношение к различным алкогольным обычаям и привычкам («обмывание» зарплаты, покупок и др.) и к самим

спиртным напиткам (вредны, полезны). Предлагались вопросы, определяющие влияние алкоголя на здоровье, работоспособность, необходимость приема спиртных напитков при общении с друзьями, а также отношение опрашиваемых к различным проявлениям пьянства, оценку интенсивности опьянения.

Уже первое ознакомление с полученными результатами показывает удивительно терпимое отношение обследованной популяции к различным, подчас грубым, проявлениям пьянства.

Так, 16% мужчин и 6% женщин считают употребление умеренных доз спиртных напитков полезным, 41,5% мужчин и 42,5% женщин — безвредным и только 42,5% мужчин и 65% женщин — вредным. Отношение к спиртным напиткам заметно меняется с возрастом. У мужчин терпимость к пьянству вначале возрастает, достигая максимума в 31—40 и 41—50 лет, а затем опять снижается. У женщин эта закономерность выражена нечетко.

Категорически осуждают употребление спиртных напитков 18,1% мужчин (хотя только 2,4% отказываются от них), 74,4% считают возможной небольшую выпивку, 3,5% считают возможным прием больших количеств алкоголя, если это не вредит здоровью, и 6% не осуждают прием алкоголя в любом количестве. У женщин эти цифры соответственно 36,1; 60,6; 1,4 и 1,9%. Предпочитают спиртные напитки домашнего изготовления (фруктовые и ягодные вина, домашнее пиво, брага, самогон и т. п.) 36,6% мужчин и 22,5% женщин (всего 30%). Колебания этих данных в возрастных группах незначительны.

Считают, что небольшие дозы алкоголя не сказываются на трудоспособности, 41% мужчин и 39% женщин. Как у мужчин, так и у женщин уверенность в этом повышается в возрасте 31—40 и 41—50 лет. Часть опрошенных считают даже возможным давать спиртные напитки детям (5,6% мужчин и 3% женщин). Высказывались за необходимость ограничивать пьянство 54,9% мужчин и 80,8% женщин; 21% мужчин и 7,7% женщин ответили на этот вопрос отрицательно. Однако только 12,4% мужчин и 23% женщин считают целесообразным прекратить продажу спиртных напитков.

Таким образом, большинство опрошенных (92,5% мужчин и 96,7% женщин) либо категорически осудили пьянство, либо признали возможным прием небольших количеств алкоголя, что противоречит полученным данным о фактической интенсивности алкоголизации населения.

Интересны критерии опьянения, принятые в населении. Внешние признаки были сгруппированы соответственно легкому, среднему и тяжелому опьянению, в отдельную группу выделены признаки асоциального поведения. Обследуемым предлагалось выбрать из перечня симптомов те, которые соответствуют умеренному и чрезмерному опьянению. Признаками умеренного опьянения 88,1% мужчин сочли признаки

легкого опьянения, 6,1% — среднего, 1% — тяжелого и 4,8% — асоциального поведения. У женщин эти показатели почти идентичны (91,7; 4,3; 1 и 2,8%). В качестве признаков чрезмерного опьянения мужчины назвали симптомы легкого опьянения в 27,9%, среднего — в 16,9%, тяжелого — в 27,1% и асоциального поведения — в 27,9% случаев. Большое число лиц, выбравших в качестве признака чрезмерного опьянения асоциальное поведение, еще раз свидетельствует об излишней терпимости к пьянству, поскольку даже нарушения речи и ходьбы не считались чрезмерным опьянением.

Изучение общественного отношения к алкогольным обычаям и привычкам выявляет удивительную терпимость. Диапазон приемлемых форм и вариантов алкогольного опьянения настолько широк, что определенная часть опрошенных вообще затруднялись указать какие-либо проявления пьянства, подлежащие осуждению. Значительная часть опрошенных имели алкогольпозитивную ориентацию; более половины считают, что спиртные напитки не подрывают здоровья и даже могут быть полезны; около половины утверждают, что умеренное количество спиртного существенно не сказывается на работоспособности; такое же число опрошенных не будут осуждать человека за асоциальное поведение в состоянии опьянения.

На вопрос, способствует ли алкоголь взаимопониманию, половина опрошенных ответили положительно, две трети мужчин и треть женщин не видят ничего предосудительного в обычае «обмывать» зарплату. Половина опрошенных мужчин и треть женщин будут осуждать знакомого, если он при встрече «не поставит бутылку». Треть опрошенных мужчин и половина женщин имеют непьющих друзей, но только половина мужчин и две трети женщин хотят их иметь.

Кроме отмеченного выше двойственного отношения к пьянству мужчин и женщин, в целом терпимость к различным проявлениям пьянства, приемлемость алкогольных обычаев, «алкогольная ориентация» расширяются с возрастом, достигая максимума у лиц 30—39 лет, а затем сокращаются. Это, на наш взгляд, очень важный факт, поскольку, как показано ниже, он отражает общую динамику бытовых норм пьянства.

Таким образом, интенсивность алкоголизации населения возрастает от юношеских контингентов до лиц 30—39 лет, а затем падает. Это позволяет говорить об определенной закономерности эволюции донологических форм алкоголизма.

Мотивы употребления спиртных напитков с возрастом также меняются. Социально обусловленные мотивы (подражание взрослым, референтная ориентация, самоутверждение, любопытство), а также мотивы, связанные с коррекцией психического состояния (снятие напряжения, застенчивости), становятся менее значимыми или вообще исчезают, а мотивы, связанные с восстановлением соматического комфорта (для улучшения аппетита, с «лечебной целью») или облегчением об-

щения («поговорить с друзьями»), выдвигаются на первый план.

Наиболее действенными факторами, препятствующими возникновению алкогольного эпизода, являются у мужчин — боязнь потерять контроль над собой, ухудшение самочувствия после опьянения, опасение неприятностей на работе, отсутствие денег; у женщин — боязнь потерять контроль над собой, укоры совести, опасение неприятностей на работе.

Терпимость населения к различным проявлениям пьянства довольно высока, что также связано с групповыми алкогольными нормами. Даже асоциальное поведение в состоянии опьянения вызывает осуждение лишь у 50—70% обследованных.

ГЛАВА 5

АЛКОГОЛЬНЫЕ ГРУППЫ

Достижения социологии последних десятилетий убедительно показали, что общественные формы сознания становятся социально-психологическими факторами только через посредство общения личности с другими людьми, через призму индивидуального опыта.

Всю свою сознательную жизнь человек участвует в различных группах, поэтому ни его, ни того, что он делает или переживает, нельзя понять, не рассматривая его роли в этих группах. Это особенно важно для наркологии, где возникновение заболевания часто связано с научением [Conger G., 1956].

Клинические наблюдения показывают, что развитие бытового пьянства, возникновение и развитие алкоголизма — в большинстве случаев своеобразное «разучивание» и «вживание» в социальную роль, которую человек исполняет в ансамбле с другими людьми, т. е. в группе. Группа вырабатывает алкогольные обычаи, стабилизирует групповые нормы.

Несмотря на то что употребление спиртных напитков осуществляется в группе, вопрос о функционировании алкогольных групп в отечественной литературе вообще не рассматривается, а сам термин «алкогольная группа» в наркологической практике практически не используется.

В зарубежной литературе имеются работы о поведении людей в барах, бистро, о потреблении спиртных напитков, связанном с приемом пищи, деловыми встречами, отдыхом, однако в большинстве случаев результаты этих исследований трактуются с позиций буржуазно-социологических теорий, в частности теории ролей, что значительно снижает их ценность.

Трудности изучения групповых форм алкогольного поведения связаны, с одной стороны, с вычленением самих групп, а с другой — с особенностями наблюдения и регистрации. Алко-

гольные группы, как и вообще малые неформальные группы, можно вычленять либо путем непосредственного наблюдения, либо инструментальными методами (интервьюирование, социометрические приемы). Интервьюирование для вычленения алкогольных групп неэффективно, поскольку члены группы в большинстве случаев не осознают себя таковыми и не выделяют себя из окружающих (подробнее см. ниже). В приведенных ниже исследованиях использовались в основном социометрические методы.

Деятельность группы можно изучать «изнутри», когда наблюдатель включается в группу в качестве ее члена, и «снаружи», путем описания деятельности группы со стороны. В наших исследованиях использовался как тот, так и другой путь. Во всех случаях результаты исследования дополнялись беседой с членами группы.

Мы проанализировали результаты наблюдения за групповым поведением как бытовых потребителей алкоголя, так и больных алкоголизмом, а также сведения, полученные от родных, друзей, знакомых, сослуживцев. Данные сопоставлялись с результатами социометрии и непосредственного наблюдения (методика описана Е. С. Кузьминым, 1967; И. П. Волковым, 1970; В. И. Паниотто, 1975). По мнению Е. С. Кузьмина, одноактная социометрия — хороший, быстрый прием «фотографирования» отношений в группе. Она позволяет получать одномоментный и достаточно точный «снимок» внутренних отношений в группе. Однако социоматрица выявляет лишь предпочтительный выбор и стоящую за ним систему взаимоотношений, но не дает ответа на вопрос, почему складывается такая система. Мотивы выбора можно уточнить при дополнении социометрических исследований данными наблюдения за деятельностью группы и клинического обследования ее членов.

Прежде чем перейти к характеристике алкогольных групп, уточним используемые понятия. Социальной группой принято называть совокупность людей, составляющую элемент социальной структуры общества [Предвечный Г. П., Шерковина Ю. А., 1975].

Под малой группой понимается малочисленная социальная группа, члены которой объединены общей деятельностью и находятся в непосредственном личном контакте, что является основой возникновения эмоциональных отношений, особых групповых ценностей и норм поведения [Антипина Г. С., 1982].

Под алкогольной группой мы понимаем малую неформальную группу с ведущей групповой потребностью в спиртных напитках.

Под термином «алкогольное поведение» понимается совокупность поведенческих реакций человека или группы, направленных на удовлетворение потребности в алкоголе.

Переходя к описанию алкогольных групп и внутригрупповых отношений, прежде всего отметим склонность опрашивае-

мых к психологическому сопротивлению и частый отказ участвовать в опросе, особенно по критерию «отдых». Интенсивность сопротивления соответствовала интенсивности пьянства. Так, в бригадах (особенно строительных), где, по данным администрации, пьянства больше, сопротивление было особенно сильным, почти непреодолимым. В ряде случаев это делало невозможным эффективный опрос и получение достоверных данных. Более тесное знакомство с членами бригады позволяло «разговорить» людей, «подготовить» их к исследованию, но в работе с алкогольными группами «социометрическая разминка» недостаточна [Волков И. П., 1970]. Лишь довольно длительный контакт с членами группы позволяет преодолеть неизбежное сопротивление. Подобные реакции типичны для людей с тревогой, неуверенностью и страхом перед мощным моральным и эмоционально-психологическим воздействием общества. Таким образом, само по себе сопротивление социометрическому опросу, а также различия по критериям «работа» и «отдых» довольно симптоматичны.

Виды алкогольных групп. В зависимости от отношения к спиртным напиткам можно выделить алкогольные группы, ведущей групповой потребностью которых является потребность в алкоголе, и преалкогольные, которым алкоголь нужен для более полной реализации другой групповой потребности. Группы первого типа формируются из лиц с уже установившейся алкогольной потребностью разной выраженности, в большинстве случаев имеющую патологические черты. Члены группы второго типа, включая лидеров, не имеют патологической потребности в алкоголе и могут пить без нарушений социальных норм.

По интенсивности групповой алкогольной потребности алкогольные группы можно разделить на банальные (бытовые), групповая потребность которых может быть удовлетворена в рамках привычного потребления алкоголя (бытовые формы пьянства), и девиантные, групповая потребность которых не может быть удовлетворена в социально приемлемых рамках (патологическая потребность, делинквентное поведение).

Группы могут сразу формироваться как алкогольные, т. е. основанные на алкогольдобывательной деятельности. Они образуются из лиц с достаточно выраженной потребностью в алкоголе (систематическое и привычное пьянство, алкоголизм). Возможно образование алкогольных групп из неформальных групп другой направленности (преалкогольных) в результате смены доминирующей потребности.

В зависимости от среды (основы) формирования можно выделить следующие варианты групп.

1. Алкогольные группы на основе формальных групп (бригада, участок, смена и т. п.), являющиеся их частью. Это наиболее частые, многочисленные и активно функционирующие группы. В некоторых случаях они фактически сливались с фор-

мальной группой (бригада, участок). В функционировании таких групп решающую роль играют социальная ориентация и место неформального лидера в иерархической системе производства. Возможно несколько видов таких групп:

а) лидер группы не совпадает с формальным лидером, но имеет позитивные социальные установки (положительный лидер). В этой группе потребность в алкоголе не вытесняет потребность в трудовой деятельности, а сосуществует с ней. Члены группы пьют, как правило, после работы, выполнив дневное задание, и стараются реализовать алкогольную деятельность без грубых асоциальных эксцессов. Если выпивка почему-либо проводится в рабочее время и наносит ущерб производству, то группа старается возместить его хорошей работой в последующие дни;

б) лидер группы не совпадает с формальным и имеет выраженные социально-негативные установки (отрицательный лидер). В этом случае лидер, как и вся группа, выступает определенным антиподом формальному лидеру и формальной группе, противопоставляется ей. При крайних вариантах такого противопоставления алкогольная группа может функционировать в полной изоляции, как инородное тело. Функционирование такой группы всегда наносит ущерб производственной деятельности и, как правило, сопровождается асоциальным поведением ее членов. Если алкогольный эксцесс скрывают, то только для того, чтобы никто этому не помешал;

в) лидер алкогольной группы и формальный лидер — одно и то же лицо (бригадир, мастер, начальник смены, участка). В этом случае алкогольная группа также частично или полностью совпадает с формальной. Функционирование такой группы наиболее опасно, поскольку лидер — официально наделенный полномочиями руководитель — отдает формализованные указания и в части алкогольной деятельности. По теории когнитивного диссонанса личность, поступая вопреки своим убеждениям, будет испытывать диссонанс, обратно пропорциональный внешнему давлению (при сильном давлении личность не чувствует себя субъектом действия). В связи с этим вовлечение в алкогольную деятельность облегчается, легализируется и не вызывает сильного внутреннего протеста. Употребление спиртных напитков становится элементом трудовой деятельности. Более того, противопоставление поведения индивида деятельности группы в лучшем случае рассматривается как оппозиция и несогласие с коллективом, в худшем — как открытый вызов. Уклонение от функционирования в группе вследствие этого становится весьма затруднительным и может привести к осложнению служебных отношений. Группы такого типа обычно довольно обширны, активно функционируют, а их члены быстро спиваются.

2. Алкогольные группы, формирующиеся из микросреды. Это группы, возникающие по месту жительства и состоящие из

друзей, знакомых. Потребность в алкоголе вырастает на основе потребности в общении. Выпивка, вначале облегчающая общение, затем закрепляется как его необходимый атрибут. Каждая встреча членов группы становится сигналом к выпивке, которая закрепляет привычную форму поведения.

3. Несколько особняком и по частоте, и по организации стоят семейные группы — выпивка в кругу семьи. Ведущий тандем — жена и муж либо отец и сын, реже братья. Периодически группа расширяется присоединением других лиц (друзья, знакомые, посторонние лица). Такая группа имеет четкую тенденцию к быстрому развитию болезненных форм пьянства.

Преалкогольные группы — это малые неформальные группы, в деятельности которых выпивка служит лишь условием более полной реализации какой-либо другой потребности, например, группы, объединяющие людей по интересам (любовь к технике, спорту, так называемые болельщики) или группы «свободного времени» (игра в домино во дворе). В реализации основной потребности алкоголь используется как вспомогательное средство. Группы могут состоять как из близких друзей, так и из случайных знакомых. Типичным примером такой группы являются расширенные семейные группы. Несколько семей приблизительно одинакового возраста, социального положения и в целом совпадающих интересов охотно посещают друг друга в свободное от работы время, в выходные и праздничные дни. Они обмениваются новостями, обсуждают литературные новинки, служебные дела. Это сопровождается обедом или ужином с умеренным, иногда значительным потреблением спиртных напитков. Они облегчают общение, создают для него настроение. Без спиртного общение становится абортивным, сухо рациональным, не бывает длительным и не приносит удовлетворения.

Другим примером такой группы могут быть поклонники какой-либо спортивной команды. Собираясь в обеденный перерыв, после работы, члены группы обсуждают спортивные новости, успехи команды, достоинства игроков, исход состязаний. Эти встречи сопровождаются выпивкой, облегчающей общение, создающей для него эмоциональный фон. Без алкоголя общение становится поверхностным, сухо рациональным и не приносит привычного удовлетворения.

Возникновение таких групп возможно не только на работе, но и по месту жительства, а также в клубах, кружках. Довольно часто они образуются в гаражно-строительных кооперативах, где удовлетворение технических интересов иногда сочетается с приемом спиртного.

Интенсивность функционирования преалкогольной группы невелика, количества спиртного небольшие или умеренные. Если функционирование группы усиливается и группа переходит к частому общению, то ведущая групповая потребность

начинает редуцироваться и уступать место потребности алкогольной. При достаточно долгом существовании группы потребность в алкоголе становится ведущей и группа из преалкогольной превращается в алкогольную.

Механизм трансформации преалкогольных групп в алкогольные состоит в смене основной групповой потребности. Усиление функционирования группы является следствием роста групповой потребности. При этом условие (прием алкоголя) закрепляется и становится все более обязательным. Его роль в гедонистическом эффекте реализации группового действия все время растет. При достаточно высоком уровне функционирования гедонистический эффект условия превышает эффект удовлетворения исходной потребности. Это означает, что потребность в алкоголе стала ведущей групповой потребностью, а преалкогольная группа трансформировалась в алкогольную (более подробно см. в разделе «Возникновение и развитие алкогольной потребности»).

В качестве примера можно привести группу лиц, собирающихся вечером после работы поиграть во дворе в домино, что иногда сопровождается выпивкой. В этих случаях игра идет особенно азартно и интересно. Постепенно спиртные напитки становятся обязательным атрибутом, и без них игра становится «неинтересной». Выпивка, ранее совершаемая в процессе игры, теперь осуществляется в ее начале для создания соответствующего «настроения». Затем игра в домино становится неинтересной. Функционирование группы ограничивается только первой частью — выпивкой, хотя формально повод для сбора группы остается прежним (игра в домино). Таким образом, изменяется групповой мотив деятельности: вместо игры в домино — выпивка.

Из сказанного следует, что функционирование преалкогольной группы не может быть интенсивным, в противном случае группа становится алкогольной.

По составу группы могут быть однородными, т. е. сформированными из лиц одного круга, объединенных трудовой, профессиональной или территориальной общностью, и разнородными, состоящими из лиц различных социальных слоев и служебного положения, иногда — зависящих друг от друга по работе или случайных лиц.

Таким образом, по нозологической характеристике (по наличию или отсутствию алкоголизма у членов группы) можно выделить:

1. Группы, состоящие из бытовых потребителей алкоголя, где лидер не страдает алкоголизмом.

2. Группы, в которых лидер имеет признаки алкоголизма (как правило, начальной стадии), остальные члены — бытовые потребители алкоголя.

3. Группы, ядро которых (лидер, сублидеры) состоит из больных алкоголизмом. Лидер обычно находится на более вы-

раженной стадии заболевания. «Периферию» группы составляют бытовые пьяницы.

4. Группа, полностью состоящая из больных алкоголизмом.

Группы первого типа не являются патологическими, они стабильны, склонны к длительному функционированию, участие в них не приводит к грубой социальной дезадаптации.

Группы второго типа являются условно патологическими, поскольку значительно более высокая потребность лидера в алкоголе формирует и более интенсивную алкоголизацию, что приводит либо к распаду группы, либо к быстрому усилению пьянства и формированию алкоголизма у членов группы. Группы третьего и четвертого типов являются патологическими группами, потребление в них спиртных напитков выходит за пределы социальных норм. Деятельность этих групп часто бывает асоциальной, а потребность ее членов в алкоголе является патологической.

В зависимости от состава выделяют:

1. Однородные группы, формирующиеся из лиц одного круга и объединенные трудовой, профессиональной или территориальной общностью. Они могут возникнуть как на базе формальной группы (бригада, цех, смена), так и вне ее и, как правило, бывают устойчивыми.

2. Разнородные группы, состоящие из лиц различного социального уровня, разного служебного положения, иногда находящихся в подчинении по работе. Возможно группирование малознакомых лиц, что особенно часто бывает при патологической потребности в алкоголе. Это в основном кратковременные группы.

Структура группы. Алкогольные группы довольно полиморфны. Число участников, сплоченность, выраженность потребности в алкоголе, структура, длительность и частота функционирования подвержены значительным колебаниям.

Численность группы может колебаться от 2—3 до 6—8 человек, редко больше. При ограниченном числе членов в процессе совершенствования группового действия к ним могут присоединиться случайные лица, которые постоянно меняются и не включаются в состав группы.

Если группа становится слишком обширной (8—10 человек), то ее деятельность затрудняется. В ее структуре выделяется активное ядро (лидер и сублидеры). Остальные члены группы вовлекаются в деятельность непостоянно, в зависимости от конкретных условий. Это особенно свойственно алкогольной группе внутри какой-то формальной группы (бригада, смена и т. д.). В этом случае алкогольная группа вербует новых членов из формальной группы. Обычная численность группы — 3—5 человек.

Для реализации потребности в алкоголе нужен «кворум». Если решение о выпивке принимается ограниченным числом членов группы, то предпринимаются розыск и вовлечение

остальных; только тогда потребность реализуется в полной мере. Выпивка может состояться и в неполном составе, но тогда алкогольная потребность удовлетворяется не совсем — «чего-то не хватает».

Сформировавшаяся группа имеет сложную структуру. В ней всегда можно выделить лидера (инициатор, побудитель и организатор группового действия), сублидеров — одного или нескольких человек, безусловно подчиненных лидеру и всегда готовых поддерживать его инициативу (хотя они сами инициаторами не выступают), и периферию группы, непостоянную по составу и способную меняться. Ведущая роль в функционировании группы, безусловно, принадлежит лидеру. Обычно это синтонный, стеничный, деятельный и инициативный человек, который больше влияет на членов группы, чем они на него. Потребность в алкоголе у него обычно выражена резче, чем у остальных членов группы. Часто он имеет признаки алкоголизма.

Периферия не полностью подчинена лидеру, не безоговорочно принимает его систему ценностей, стиль поведения, в связи с чем функционирует частично — не всегда участвует в выпивках, не всегда поддерживает уровень потребления, принятый в группе, оставляет за собой право иметь свое мнение по некоторым важным для группы вопросам, совершает поступки, отличные от групповых. Человек из периферии группы может, немного выпив, уйти или пропускать тосты и поэтому пить меньше других.

Распределение ролей в сформировавшейся группе порождает определенные экспектации — ожидание от каждого члена группы определенного поведения, соответствующего его роли. Экспектации могут «подталкивать» человека к данному поведению, в частности к организации выпивки.

Формирование группы и ее распад. В деятельности группы можно выделить этапы формирования, активного функционирования и распада.

Формирование группы осуществляет лидер, причем значительная часть этой деятельности происходит на подсознательном уровне. Во время беседы с лидером невозможно выявить мотивы формирования группы, причины вовлечения именно этих лиц, а не других. В лучшем случае удается получить указание на эмоционально положительное отношение («он хороший человек», «свой парень» и т. п.). Более того, сама алкогольная группа воспринимается лидером как просто товарищи, друзья.

В типичных случаях алкогольная группа формируется на базе другой группы (чаще формальной), объединенной общей потребностью. В процессе удовлетворения основной групповой потребности устанавливаются межличностные контакты (интеракции), выделяющие из формальной группы лиц, наиболее близких по духу, симпатизирующих друг другу. Это ядро бу-

душей алкогольной группы. Организуемая лидером первая групповая выпивка становится лакмусовой бумажкой, определяющей правильность выбора. Для создания эмпатии, группового сопереживания, необходим ряд условий. Среди них наиболее важное — приблизительно одинаковая потребность в алкоголе членов группы, достижение достаточно выраженной эйфории.

На первых порах роль лидера незаметна и деятельность группы во многом зависит от случайных моментов (общепринятый повод, приемлемые условия и т. п.). Сама группа аморфна. Однако в последующем, по мере повторения групповых действий, идут дифференцировка внутренней структуры, усложнение внутrigрупповых отношений. Более четко определяется ядро группы — лидер и 1—2 сублидера, а также ее периферия. Распределяются и закрепляются обязанности в связи с выполнением группового действия («разливалы», «гонцы», «разносчики»).

Непременным условием включения в группу служат признание руководящей роли лидера и подчинение ему. Если личность проявляет самостоятельность, не приемлет хотя бы частично стиль функционирования группы, то лидер прилагает определенные усилия для навязывания групповых норм (например, приближает к себе, повышая групповую роль). Так, строптивый новичок сразу может стать сублидером. Если принятые меры оказываются малоэффективными, то личность оттесняется на периферию группы, а затем выталкивается из нее.

Вовлечение нового члена происходит по предложению одного из членов группы, по инициативе лидера (приближение данного лица престижно для группы) либо самого новичка. В последнем случае стремление войти в группу может определяться референтной ориентацией, самоутверждением, желанием быть признанным, стать «своим». Это особенно важно для подростков и молодежи.

Непременным условием включения в группу является подчинение личности групповым нормам, усвоение и признание групповых форм поведения.

Личность включается в уже сформировавшуюся алкогольную группу постепенно. В начальном периоде это эпизодическое участие в групповых выпивках в качестве случайного лица. Если человек склонен к принятию групповых алкогольных норм, «модуса» функционирования группы, то он вовлекается в систематическую деятельность, вначале на второстепенных ролях. Новичок обязан слушать, что говорят «звезды», служить «восхищенной аудиторией» без права голоса.

Для эффективного участия в группе новичку необходимо не только усвоить принятые категории и их символы, но и включиться в коммуникацию системы. Если он проявит необходимые качества, то в последующем перемещается в группе со

второстепенных ролей на первые. Новичок может «пробраться» в сублидеры или даже заменить лидера.

Быстрая ассимиляция новичка в группе зависит от многих факторов, в основном от совпадения интенсивности потребления спиртных напитков индивидом и группой, выраженности индивидуальной и групповой потребности. При достаточно полном соответствии включение индивида в группу происходит бесконфликтно, как бы само собой. Наоборот, различия в характере потребления спиртных напитков, в интенсивности алкоголизации создают значительные трудности для вовлечения новичка. Возникает достаточно много шансов за то, что индивид так и не сможет усвоить групповые нормы, не вольется в группу. Если все-таки вовлечение в группу состоялось и человеку удалось путем интенсификации пьянства войти в ритм функционирования группы, то это необходимо рассматривать как угрожаемый для новичка симптом. Такая резкая «ломка» личности может свидетельствовать либо о важности факторов социализации (четкая референтная ориентация, желание непременно стать «своим» или доказать свою «самостоятельность»), либо об аморфной, рыхлой, структуре личности, когда «ломать», собственно, нечего. Как показывают клинические наблюдения, в этом случае быстро формирующаяся потребность в алкоголе становится доминирующей, и человек быстро спивается. Бывший новичок, усвоив групповые нормы, довольно быстро начинает превосходить учителей, стараясь выпить больше, «добавляя» в других местах после окончания выпивки в своей группе. Это в конце концов обуславливает выход из группы и поиск новых партнеров.

Необходимо отметить, что для некоторых лиц, особенно для молодежи, указанные выше механизмы референтной ориентации личностного самоутверждения наряду с адаптацией включают усиление пьянства. Поскольку вовлечение в группу возможно только при условии усвоения ее системы ценностей, групповых форм поведения, для лиц мало и редко пьющих (абстиненты, случайно пьющие) это сопровождается «навязыванием» алкоголизации. Это очень важное обстоятельство, поскольку практически усвоение и закрепление алкогольных обычаев происходят именно так — через вовлечение в группу.

Процесс приобщения к групповым формам алкогольного поведения, кроме указанных выше факторов, определяется еще и конформностью индивида, т. е. податливостью чужому влиянию: чем выраженнее это свойство, тем быстрее будет происходить адаптация индивида.

У. Т. Марсопи (1959) называет это «культурной зависимостью». Сам термин нам представляется не особенно удачным, однако обозначаемое им понятие довольно важно: человек пьет для того, чтобы подчиниться нормам и обычаям социальной группы, к которой он принадлежит. Это давление

группы, определяющее интенсивность алкоголизации, довольно ощутимо и может варьировать от употребления небольших количеств алкоголя постоянно во время еды до неумеренного пьянства с повторяющимся опьянением в течение дня. Культурная зависимость может вызвать как умеренное, так и чрезмерное пьянство. Здесь все зависит от формы потребления спиртных напитков данной социальной группой, особенно ближайшим окружением, т. е. от групповых алкогольных норм. Группы с высоким уровнем алкоголизации наиболее быстро приводят своих членов к систематическому и привычному пьянству.

Личность выпадает из группы вследствие двух основных причин.

1. Интенсивность алкоголизации группы чрезмерна, и человек не способен или не успевает адаптироваться к ней. После определенного функционирования в группе человек замечает, что его пьянство стало чрезмерным, поставило перед рядом проблем (соматические нарушения, ухудшение семейных отношений, неприятности на работе). Он начинает уклоняться от групповых выпивок и постепенно выбывает из группы.

2. Интенсивность алкоголизации группы уже недостаточна. Быстрое развитие потребности в алкоголе, обусловленное рядом индивидуально-биологических и психологических факторов, приводит к значительному росту толерантности. Количество алкоголя, необходимое для достижения комфорта, чрезмерно для остальных членов группы и не принимается ими. В этом случае человек переходит в другую группу с более интенсивной потребностью и более высоким потреблением алкоголя. Если чрезмерно большую алкоголизацию предлагает лидер, то он, как правило, теряет группу.

Необходимо еще раз обратить внимание на то, что группа не только выталкивает из себя лиц с высокой потребностью в алкоголе, но и не приемлет лиц с низкой алкоголизацией, оставляя их в социальной изоляции, создавая вокруг них вакуум. При анализе социоматриц часто мотивом отказа от выбора по тесту «работа» и «отдых» была низкая алкоголизация индивида: «А что с ним делать, он ведь не пьет?», «Странный он какой-то, не пьет, а я боюсь непьющих!», «Он хочет показать, что лучше других», или еще конкретнее: «Не пьет он, осторожничай! Не нравится мне это!». Такое положение хорошо согласуется с данными опроса — почти 40% взрослого населения сообщили, что они не хотели бы иметь непьющих друзей (51,7% мужчин, 27,1% женщин).

Можно сказать, что группа навязывает своим членам определенный уровень алкоголизации, применяя к несогласным санкции в виде осуждения, отказа от общения, непринятия в группу. Более того, в случаях невозможности усвоения групповых алкогольных норм (индивидуальная непереносимость алкоголя, отсутствие его эйфоризирующего действия)

для преодоления этих санкций индивид формирует специальные защитные построения. Обычно в качестве такого защитного мотива используется мнимая болезнь.

Сформировавшаяся алкогольная группа — довольно устойчивое образование. Выработанные групповые нормы поведения, групповые ценности, отличные от общепринятых, делают членов группы устойчивыми к влиянию извне. Негативное отношение товарищей по работе, сослуживцев, конфликты в семье, как правило, малоэффективны, поскольку не меняют усвоенных групповых норм. Они приводят не к свертыванию группового действия, а к его видоизменению (перемена места или времени выпивки, более тщательное сокрытие пьянства и т. д.). Более сильное давление, особенно со стороны руководства предприятия, может привести к временному прекращению функционирования группы. Однако распад группы почти всегда связан с лидером. Можно выделить несколько обычных причин распада.

1. Распад группы вследствие ухода лидера. Если лидер выводится из группы (переход на другую работу, увольнение), то она, как правило, распадается. В редких случаях при благоприятных условиях роль лидера берет на себя кто-либо из членов группы. Однако в этом случае функционирование и состав группы значительно меняются, что фактически позволяет говорить о возникновении новой группы.

2. Распад группы вследствие изменения установок лидера. Ощутимое общественное давление на лидера (на производстве, в семье) с реальной угрозой его социальному статусу может привести к временному свертыванию группового действия, а при достаточно большом перерыве — к распаду группы. Изменение установок лидера возможно в результате осознания чрезмерности пьянства или серьезного соматического заболевания.

3. Распад группы при дискредитации лидера в глазах членов группы. Изучение алкогольных групп показывает, что группа распадается при совершении лидером каких-либо действий или поступков, неприемлемых с точки зрения групповых норм. Группа также распадается при снижении социального статуса лидера.

По длительности функционирования можно выделить:

1. Длительные — относительно стабильные группы со сформировавшейся внутренней структурой, выработанным стереотипом деятельности, определенным ритмом функционирования.

2. Кратковременные — нестабильные группы, распадающиеся вследствие либо прогрессирующей потребности в алкоголе, быстро приводящей к социальной дезадаптации, либо несовпадения потребности лидера и членов группы.

3. Одноразовые — случайные группы, формирующиеся непосредственно перед выпивкой и распадающиеся сразу после

нее. Группу формирует лидер из случайных лиц в местах возможной выпивки (магазин, буфеты и т. д.).

Группа как субъект действия. Деятельность группы как элемента общественного организма сложная и состоит из нескольких компонентов.

Социально-коммуникативные действия направлены на возникновение, поддержание или прекращение функционирования группы. В социально-коммуникативном действии группы ведущую роль играет поведение ее членов, которое в свою очередь является результатом реализации их внутреннего состояния.

Речевое общение играет второстепенную роль. Оно отличается бедностью лексики и значительным количеством жаргонных слов, используемых только данной группой.

Речевое общение, предшествующее алкогольному действию, очень кратко, иногда содержит одни междометия: «Ну!», «Ну что, соколики! Сообразим?», «Приложимся?», «Раздавим маленькую?» и т. д. Иногда образуются речевые стереотипы, но никто не произносит слов «выпить», «напиться», «водка», «вино». Эти слова совершенно исключены из употребления.

Групповая потребность в алкоголе реализуется различно и определяется как групповым опытом, так и конкретной ситуацией, когда выпивка как бы «витает в воздухе» (дни получения зарплаты, премии, предвыходные и предпраздничные дни и другие ситуации, актуальные для группы). Все члены группы думают об одном и том же. Однако подать сигнал к началу действия имеет право только лидер. Члены группы могут высказать желание, однако принять решение может лишь он. Если лидер почему-либо не дает команды, то эпизод не развевается.

В другом варианте решение о выпивке принимается, казалось бы, внезапно, неожиданно для всех. Здесь чаще всего действует механизм идентификации и сопереживания. Лидер группы, как правило, обладает высокой эмпатией. Он, как барометр, определяет состояние своих подопечных и принимает решение. Достаточно одному из членов группы явиться на работу «несвежим», обменяться с членами группы красноречивым взглядом, как может последовать команда для подготовки к выпивке.

Целостный поведенческий акт неформальной группы побуждается групповой потребностью в алкоголе. Существование группы невозможно без коллективного приема спиртного, который становится формой ее функционирования. Привходящими моментами начальной стадии группового алкогольного поведенческого акта (условиями) становятся непосредственное окружение, инициатива лидера и прошлый групповой опыт.

В чем проявляется эта первая фаза, которую мы условно называли «фазой анализа»? Будущие участники выпивки изыскивают различные поводы уклониться от работы, замедляют или прекращают всякую деятельность. Они сидят, курят, не-

хотя перебрасываются отрывочными фразами. Общий эмоциональный фон, как правило, снижен и может варьировать от тревожно-депрессивного до дисфорического. В общении чувствуется напряженность. Вербальная активность минимальна — вялые разговоры о вчерашнем дне, о плохом самочувствии, настроении, плохой погоде.

В организации первой фазы поведенческого акта большое значение имеют стереотипы поведения и «чтение» экспрессивных движений (особенно аффективных), большей частью подсознательное. В каждой группе создается множество символов, для которых не существует слов, но которые воспринимаются и воздействуют на членов группы.

Решение о групповом действии принимается как бы внезапно и обычно не формулируется в словах, означающих прием спиртного. Общение обычно сводится к условиям осуществления выпивки (наличие денег, возможность достать спиртное).

Слова «выпивка» все тщательно избегают, в чем, вероятно, проявляются своеобразные механизмы групповой защиты (ведь люди собираются «не из-за того, что им хочется выпить, а просто симпатизируют друг другу»).

Во второй, подготовительной, фазе эмоциональное напряжение несколько падает. Решение принято, оно предопределяет программу действий. В сформировавшейся группе деятельность по подготовке выпивки стереотипная, она уже хорошо отработана (сбор денег, способ добывания спиртного, место выпивки и т. д.), распределены и обязанности.

«Гонец» послан за спиртным, и все принимаются за работу. Производительность труда резко возрастает. Появляется некоторое воодушевление. Все препятствия на пути производственной деятельности успешно преодолеваются. В этот период выполняется основная часть дневной нормы. Однако в работе группы присутствуют некоторая напряженность, беспокойство: психологическая атмосфера полна ожидания и многочисленных признаков нетерпения.

С возвращением «гонца» работа обычно сразу прекращается. Наступает третья фаза — собственно алкогольное действие. В некоторых случаях реализация группового действия может откладываться до окончания рабочего дня.

Роль «разливалыщика», как правило, одна из главных в группе и обычно выполняется лидером. Он разливает всем поровну. Остальные члены группы зорко следят за тем, чтобы все было «по-честному», и делают замечания в случаях отступления от этого правила. Для быстрого достижения привычного опьянения сразу выпивается значительное количество спиртного (100—150 мл водки). Как правило, без перерыва разливают «по второй». Все это совершается молча или с минимальным вербальным общением. Только после такой «ударной дозы» члены группы закусывают и переходят к общению. Психологическая обстановка изменяется, возникает общее

оживление, мимика и жесты становятся выразительными, с лиц не сходит улыбка. Исчезает напряженность, устанавливается атмосфера благодушия, взаимного согласия и симпатии.

Оценка группового действия происходит на следующий день и осуществляется своеобразно. Это важный момент функционирования группы. Ее члены испытывают потребность собраться вновь для того, чтобы «обсудить» прошлую выпивку. Они вспоминают о том, как «здорово посидели», с оттенком хвастовства подсчитывают, сколько было выпито, с восторгом вспоминают отдельные эпизоды. Все смешно, все радостно, приятно, все довольны друг другом. Члены алкогольной группы расходятся в повышенном настроении, с теплыми воспоминаниями, с еще более окрепшей симпатией друг к другу.

Алкогольные группы — особые группы. Деятельность алкогольной группы в значительной мере стихийна. Практически все опрашиваемые отрицали, что пришли на работу с намерением выпить. Алкогольный эксцесс возникал как бы сам собой. Мало кто из членов группы мог сказать, что было толчком к началу групповой деятельности. Мысль о желательности выпивки возникла внезапно и быстро передавалась всем членам группы (правда, в некоторых случаях причины выпивки были для всех членов группы «очевидны» — получение зарплаты, премии, уход в отпуск и т. д.). Видимо, в какой-то части алкогольное поведение может формироваться на подсознательном уровне.

Вероятно, этим можно объяснить низкое самосознание группы: групповая общность интересов и целей, отличие этих интересов и целей от других групп осознаются мало. В связи с этим осознание своего поведения как алкогольдобывательного, мотивов выбора «друзей» затруднено, а подчас и невозможно. Члены группы не воспринимают себя таковыми. Они определяют групповые отношения просто как дружеские, не вычлняя себя из всего коллектива, окружающей среды. Отсюда начинается экстраполяция своего пьянства на весь коллектив, общество («пью, как все», «а кто сейчас не пьет?») и нескритичность к своему поведению.

В то же время групповая потребность, определяемая по действию и результату, достаточно высока и определяет сплоченность группы. Сплоченность тем больше, чем интенсивнее групповая потребность в алкоголе.

Морально-психологические отношения в группе также показательны: здесь нет и следа принципиальности, требовательности к своим членам, понимания социально-позитивных задач, стоящих перед всем коллективом. В группе царят всепрощенчество, снисходительность и приятельски-безалаберные отношения. Однако это не распространяется на групповые нормы.

Некоторые лица участвуют (функционируют) в нескольких группах, но предпочитают одну. В ней человек функционирует чаще и с большим желанием, а в остальных проходит эпизо-

дически. Его роль в различных группах различна. В одних он может быть лидером или сублидером, в других — находиться на периферии. Это зависит от характерологических особенностей, социального статуса, потребности в алкоголе.

По мере развития потребности в алкоголе человек переходит из одной группы в другую с более интенсивной деятельностью.

По мере роста потребности, интенсификации групповой деятельности наблюдается:

1. Вначале усложнение внутригрупповых отношений, возникновение групповой структуры, иерархических отношений; в последующем — упрощение структуры.

2. Усложнение, а затем упрощение групповой алкогольдобывательной деятельности.

3. Усиление алкогольдобывательной деятельности, повышение сплоченности группы, все большая ее автономия (независимость от внешних условий).

4. Изменение времени функционирования вследствие трансформации внутригрупповых отношений.

5. Сокращение группы.

К этому необходимо добавить, что вовлечение в группу с высокой потребностью в алкоголе человека с развитой структурой личности, социально-позитивными установками затруднено. Такой человек более энергично сопротивляется навязыванию чуждых ему форм поведения. Даже если человек стал членом алкогольной группы, его четкая личностная структура довольно долго сохраняется, потребность в алкоголе остается второстепенной, что позволяет человеку довольно долго сохранять свой социальный статус.

У человека с более высокой потребностью в алкоголе, чем у окружающих (часто это больной алкоголизмом), попытки сформировать более или менее постоянную группу обычно кончаются неудачей — группа рассыпается в связи с несоответствием в потребностях лидера и членов группы. Лидер задает такой темп, которого члены группы не выдерживают. Формировать группу из лиц с более высокой потребностью в алкоголе (это в основном люди, уже дискредитировавшие себя в глазах общественности) лидеру чаще всего не позволяет его социальный статус.

В таких случаях из лиц ближайшего окружения формируются круг преимущественного общения, с этими людьми лидер пьет по очереди. Потребность в алкоголе у каждого участника группы (партнера) значительно ниже, чем у лидера. Начав выпивку в одной группе, лидер продолжает ее в другой. Постоянными остаются только мотив общения и роль лидера.

Образовав круг близких лиц и определив ведущий мотив общения, лидер в дальнейшем может не проявлять каких-либо усилий для функционирования группы. Она живет по своим законам. Установившиеся экспектации будут заставлять каж-

дого из участников подсознательно искать общения с лидером при возникновении желания выпить.

Таким образом, метод социометрии позволяет выделить алкогольные группы — малые неформальные группы с основным групповым мотивом в виде алкогольдобывательной деятельности. Наблюдение за группой, интервьюирование ее участников и их клиническое обследование позволяют определить структуры группы, ее состав и роль отдельных участников. Структура алкогольной группы не отличается от групп другого типа (лидер, сублидеры и периферия).

Группа формируется постепенно. Можно выделить отдельные этапы развития с усложнением внутригрупповых отношений. Вовлечение новых членов идет от периферии к центру. Выход из группы связан с невозможностью или нежеланием усвоения групповых норм, в том числе связанных с алкоголизацией.

Распад группы связан с лидером. Это либо несоответствие его потребности в алкоголе с потребностью членов группы, либо изменение установки лидера, либо его дискредитация.

В заключение необходимо отметить, что описанные формы группового поведения выделены при изучении алкогольных обычаев работников одного из промышленных предприятий и отражают особенности данной социальной группы. Их распространение на все слои общества неправомерно. Вероятно, формы приема спиртных напитков в иных социальных группах имеют свои отличия.

ГЛАВА 6

ВЫХОД ЗА ПРЕДЕЛЫ ГРУППОВЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ НОРМ. СОЦИАЛЬНЫЕ САНКЦИИ. РЕАКЦИЯ СЕМЬИ

Выше приведены групповые алкогольные нормы и основная возрастно-половая динамика этого показателя. Поскольку алкогольные нормы нарушаются так же часто, как и любые другие, а может быть, и чаще, важно уяснить то, что происходит при выходе за пределы этих норм. Специальных механизмов коррекции здесь нет и поведение регулируется известными и описанными в социологии механизмами социального давления.

Если поведение индивида не соответствует общепринятым стандартам, то его корректируют окружающие. Такая коррекция принимает форму социальной санкции. Санкция — мера воздействия на индивида, средство социального контроля. Социальные санкции могут быть позитивными и негативными, формальными и неформальными. Позитивные санкции — это одобрение поведения. Улыбка, приветли-

вая фраза, похлопывание по плечу или открытая похвала поощряют человека, стимулируют ту или иную форму поведения. Наоборот, отклонение от групповых норм, нарушение стандартов поведения вызывают хмурый взгляд, насмешку, сплетню, открытое осуждение, лишение соответствующих услуг, отказ от вежливости (грубость), отказ от общения и, наконец, изгнание из группы. Во всех формальных группах есть люди, на которых возложена функция принуждения непокорных к соблюдению норм [Шибутани Т., 1969].

Формальные санкции — это мера воздействия, налагаемая официальным лицом или учреждением. Они также могут быть позитивными и негативными и колебаться в широких пределах (от награждения орденом, присуждения звания, премии до судебного преследования). Неформальные санкции — это мнение, выраженное лицом, не находящимся в прямых иерархических отношениях с данным человеком.

Алкогольное поведение также регулируется с помощью социальных санкций. Человек, чрезмерно выпивший в компании или поступивший в состоянии опьянения неправильно, может встретить на другой день молчаливое осуждение, дружеский упрек или открытый вызов. Повторение такого поведения может повлечь за собой отказ от общения и исключение из группы. Мать, отчитывающая сына за пьянство, или жена, укоряющая мужа за пьяный дебош, применяют к виновным неформальные санкции.

Формальные социальные санкции, направленные на ограничение пьянства, общеизвестны и зафиксированы как в трудовом праве, так и в уголовном законодательстве. Цель противоалкогольных санкций та же, что и всех санкций вообще — «нормализовать» поведение человека, т. е. приблизить его к существующим в данной группе стандартам.

Формальным санкциям посвящено много работ, поэтому здесь мы остановимся только на неформальных санкциях, рождаемых в процессе межличностного общения. Наиболее распространенными видами неформальных санкций являются осуждение, отказ от общения, исключение из группы.

Многообразие неформальных санкций и их значительное варьирование в различных социальных слоях и группах создают трудности не только их классификации, но и простого перечисления. Можно только выделить несколько основных, наиболее распространенных, форм.

Когда поведение человека начинает выходить за пределы групповых норм, ему всегда кто-то делает замечание, указывает на отклонение поведения и необходимость его изменения в соответствии с общепринятым стандартом. Замечание и есть первая и наиболее распространенная социальная санкция. Часто человеку указывают на бестактность поведения в состоянии опьянения, его неуместность либо на неоправданное учащение выпивок.

Замечание, как и другие санкции, направлено на коррекцию поведения, его возвращение в социально приемлемые рамки.

Другой формой санкций являются лишение соответствующих услуг, отказ от долга вежливости, отказ от уважения прав человека, отношение, подчеркивающее снижение его социального статуса. Когда человек повторно чрезмерно напивается, позволяет себе бестактное поведение в состоянии опьянения, оскорбляющее окружающих, создает конфликтную ситуацию, это вызывает осуждение окружающих, их ответную грубость, пренебрежительное отношение к такому члену общества, нежелание оказывать ему какие-либо услуги, знаки внимания. Крайним выражением санкций этого типа является прямое физическое воздействие.

Наконец, если все вышеперечисленные санкции не привели к должному результату и поведение индивида продолжает отклоняться от стандарта, применяется последняя мера — отказ от общения и исключение из группы. Человека, который постоянно напивается в компании, затевает скандалы, перестают приглашать в гости, сослуживцы избегают отмечать с ним какие-либо события, друзья разочаровываются в нем. Если аномальное поведение человека универсально и проявляется не в какой-то одной группе, а при любом общении, то он практически остается в социальной изоляции.

Все указанные санкции применяют лица, непосредственно окружающие человека с отклоняющимся поведением и постоянно вступающие с ним во взаимодействие. В этом плане несколько особняком стоит такая санкция, как социальная стигматизация. Эта форма социального воздействия в отличие от предыдущих не предусматривает многократных контактов и может применяться при однократном взаимодействии и даже заочно.

Стигматизация является довольно распространенной формой социальных санкций и вместе с тем наиболее ранней и наиболее постоянной, поскольку сопутствует человеку весь период аномального поведения, иногда — всю жизнь.

Стигматизация — это сложный процесс социального взаимодействия, ведущий к отвержению лиц с определенными нежелательными признаками. Эта реакция человека или группы лиц, заключающаяся в девальвации (обесценении) индивида, снижении его социального статуса.

Выделяют 3 категории дискредитирующих факторов, которые определяют отвержение: деформация тела (уродства), запятнанная репутация, социально-расовые признаки (раса, национальность — обычно признаки национального меньшинства, религия и т. д.) [Goffman E., 1963].

Из медицинских факторов, способствующих стигматизации, выделяются депрессивные состояния, инфекционные заболевания, а также непредсказуемость поведения с возможной угро-

зой. Стигматизацию усугубляют личная ответственность человека за появление стигматизирующих признаков, изменение своего поведения.

Стигматизирующие признаки гиперболизируются окружающими, переоцениваются ими и часто затмевают все другие черты личности. Они становятся доминирующими и приобретают свойство имиджа («знака» личности). Следствием этого становится присвоение клички — «ярлыка».

Стигматизация не специфична для алкоголизма — это универсальная форма реагирования, но она очень характерна для него. Клички «алкоголик», «пьяница», «подзаборник» — типичный пример социальной стигматизации, т. е. социального отвержения лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Стигматизация фактически является реакцией общества на то неудобство, которое приносит собой нестандартный человек. Взаимодействие с таким человеком затруднено, поскольку социальные роли и экспектации (ожидаемое поведение) теряют определенность. Человек, вступающий во взаимодействие со стигматизированной личностью, сталкивается с непредсказуемостью его поведения, невозможностью определить реакцию в настоящий момент и в дальнейшем, что затрудняет социальное взаимодействие и увеличивает напряженность [Davis F., 1967].

Единственным способом устранения неопределенности взаимодействия остается создание социальных стереотипов, дающих возможность внести соответствующую коррекцию (поправку на нестандартность) и тем самым уменьшить неопределенность ситуации [Zahn M. S., 1973; Albrecht G. L., 1976]. Стигматизация («приклеивание ярлыков») и есть одно из проявлений формирования социальных стереотипов.

Обозначение человека словом «пьяница», «алкоголик» есть наиболее ранняя форма стигматизации («социальной сегрегации», по некоторым авторам), одно из проявлений неформальных санкций к человеку, чье поведение отклоняется от общепринятого, выходит за пределы групповых норм. Типичная реакция на человека — носителя стигматизированных признаков — избегание, отказ от общения, исключение из различных типов социального взаимодействия, что приводит к социальной изоляции.

Врач, ставящий диагноз алкоголизма, также выступает в роли стигматизатора, т. е. человека, накладывающего клеймо. Эта стигматизация имеет неформальную и формализованную сторону. Диагноз «алкоголизм» относит человека к определенной категории лиц, являющихся социально сегрегированными. Стигматизация усиливается и формализуется рядом законодательных мероприятий, ограничивающих права и профессиональную пригодность лиц этой группы (выполнение определенного вида работ, обязательность лечения, возможность ограничения дееспособности и т. п.).

Почему при столь разнообразных формах воздействия на личность злоупотребление алкоголем продолжает быть широко распространенным, а меры ограничения потребления спиртных напитков малоэффективны?

Основная причина, на наш взгляд, состоит в удивительной терпимости населения к различным проявлениям пьянства (высокая толерантность к злоупотреблению алкоголем). Широкий диапазон приемлемости исключает возникновение неформальных санкций. Злоупотребление спиртными напитками не рассматривается большинством населения как аномальное явление, поэтому лица, злоупотребляющие алкоголем, не вызывают осуждения. Пьянство, не встречая сопротивления окружающих, на определенных этапах становится практически бесконтрольным.

Часто чрезмерное опьянение человека в общественных местах, на транспорте вызывает сочувственно-понимающее отношение окружающих («упился, касатик, со всяким бывает»), а попытки доставить пьяного в медвытрезвитель вызывают возражения и даже противодействие окружающих («зачем его трогать, сам дойдет»).

Часто санкции начинают применяться не тогда, когда человек часто и чрезмерно напивается, а когда его поведение становится асоциальным, т. е. несет определенную угрозу окружающим. Даже если неформальные санкции к лицам, злоупотребляющим алкоголем, применяются, то их интенсивность не соответствует значимости нарушенных норм. Такие наиболее эффективные формы, как отказ от общения, исключение из группы, либо не применяются, либо применяются с опозданием, когда они уже неэффективны. Более того, отказ от общения, т. е. самая эффективная неформальная санкция, применяется, наоборот, к лицам, не употребляющим спиртные напитки.

Обследованием установлен довольно широкий диапазон приемлемых форм поведения в состоянии опьянения (высокая толерантность населения). Так, бестактное поведение человека в состоянии опьянения осуждает менее половины всех опрошенных (48,6% мужчин и 38,5% женщин), не осуждает 45,9% опрошенных (мужчин — 55%, женщин — 37%), отношение остальных зависит от обстоятельств. Мужчины более терпимы, что в какой-то мере связано с их более высокой алкоголизацией. Однако терпимость женщин поразительна и трудно объяснима. Даже человека, доставленного в медвытрезвитель, будут осуждать только 44,1% мужчин и 71,3% женщин.

Только 38% мужчин и 32% женщин считают «обмывание» зарплаты недопустимым, 37,7% мужчин считают его возможным, 15,7% — желательным и 8,3% — необходимым; у женщин эти показатели соответственно 20,5; 4,8; 2,8%. С возрастом у мужчин приемлемость этого обычая возрастает, достигая максимума в 30—39 лет, а затем снижается. У женщин наблю-

дается обратная динамика. Аналогичные данные получены при изучении обычая «обмывания» покупок.

На вопрос: «Будете ли вы осуждать знакомого, если при встрече не поставит бутылку?» положительный ответ дали 16,5% мужчин и 5,9% женщин (всего 11,1%). Будут осуждать в зависимости от обстоятельств 32,3% мужчин и 21,9% женщин (всего 27%). Только 61,9% опрошенных ответили отрицательно (51,2% мужчин и 72,2% женщин). Настораживает то, что наиболее категоричны в соблюдении этого обычая (наименьшее число отрицательных ответов как у мужчин, так и у женщин) крайние возрастные группы — моложе 20 и старше 50 лет. В средних возрастных группах (31—40 и 41—50 лет) значительно больше отрицательных и неопределенных ответов.

Только 37,2% мужчин и 55,4% женщин имеют друзей, которые не пьют (всего 46,5%). Число лиц, имеющих непьющих друзей, заметно падает в возрастных группах 30—39, 40—49 лет, а затем опять возрастает. Можно предположить, что основным мотивом общения этих лиц является выпивка. Отказ от общения с непьющими четко виден из следующих цифр: 51,7% мужчин и 27,1% женщин (всего 39,8%) не хотят иметь непьющих друзей.

В отличие от большинства социальных норм, где ограничивается только чрезмерное поведение, в алкогольных нормах определены не только верхние, но и нижние пределы. Социальные санкции применяются не только при чрезмерном пьянстве, но часто и тогда, когда оно ниже какого-то порога. Часто санкция применяется к лицам, отказывающимся от спиртного.

Применению социальных санкций к мало пьющим уделяется недостаточное внимание и их значение недооценивается, хотя это один из основных факторов вовлечения в пьянство, приобщения к питейным обычаям. Особенно наглядным в этом отношении становится приход молодых людей в производственные коллективы со сложившимися питейными традициями, где «обмывание» зарплаты, премии стало привычным. Здесь отказ от выпивки, особенно если в ней участвует вся бригада, включая бригадира, воспринимается как пренебрежение коллективом, противопоставление себя группе, отказ от общения и встречает единодушное осуждение, противостоять которому практически невозможно. Человек, решивший уклониться от групповых выпивок, попадает в социальную изоляцию. У него то детали почему-то поступают не вовремя, то инструменты исчезают, то что-то свалится на него. Долго работать в бригаде он не сможет.

Так, при ответе на вопрос: «Должны ли в компании пить все одинаково или по желанию?» сторонниками равного употребления спиртного выступили 15,2% опрошенных мужчин и 6,2% женщин (в среднем 10,6%). Пить «на равных» желают

39,3% опрошенных мужчин и 13,5% женщин моложе 20 лет, что подчеркивает престижное отношение к алкоголю в этом возрасте (необходимый атрибут самостоятельности). В возрасте 30—39 лет число таких людей падает до 11,4% среди мужчин и 4,7% среди женщин. Обязательность потребления равных количеств алкоголя в молодежных группах особенно настораживает, поскольку именно в этом возрасте потребление спиртных напитков максимальное. Страдали от обычая пить «на равных» 33,7% опрошенных мужчин и 29,3% женщин.

Такое «навязывание» алкогольных обычаев связано с тем, что групповое употребление спиртных напитков является одной из форм групповой деятельности и отказ от выпивки рассматривается как отказ от групповой деятельности, т. е. нежелание вступать в контакт. В связи с этим отказ от выпивки встречает единодушное осуждение.

Невозможность употребления спиртного, вызванная индивидуальной непереносимостью алкоголя или каким-либо скрываемым от окружающих заболеванием, часто грубо нарушает межличностные отношения и воспринимается окружающими как дефект. Как чрезмерное пьянство требует построения защитной системы объяснения, так и при выходе за нижние границы нормы человек вынужден формировать психологическую защиту. Для того чтобы остаться в группе, быть принятым ею, человек должен объяснить свой отказ от спиртного мотивами, позволяющими разделить эти две тесно связанные между собой функции — групповое общение и выпивку.

Социальные санкции возникают всякий раз, когда поведение индивида выходит за пределы групповых норм, и действуют до тех пор, пока поведение не вернется в установленные рамки. Исключение возможно в двух случаях. Во-первых, норма — это всего лишь усредненная форма поведения совокупности индивидов, и она может меняться. Всякий выход за пределы групповых норм одновременно смещает границы этих норм. Если отклонение наблюдается достаточно часто, то возможно заметное изменение групповых норм, и поведение, ранее вызывавшее санкции, в новых условиях перестает их вызывать. Этот фактор смещения групповых норм лежит в основе различного подхода к алкогольным проблемам лиц разного поколения, конфликта отцов и детей. Во-вторых, если поведение конкретного индивида трудно корректируется, то возможно исключение из правила («махнули рукой»). Для него как бы устанавливаются индивидуальные нормы.

Механизм действия санкции связан с личностным конфликтом, вызванным угрозой социальной изоляции. Через личностный конфликт происходят изменение иерархической структуры потребностей и мотивов и коррекция поведения.

Алкогольные нормы, усваиваясь личностью, формируют алкогольные установки. Последние определяют диапазон приемлемости — рамки бесконфликтного, приемлемого для данной

личности поведения. Выход поведения из диапазона приемлемости вызывает личностный конфликт.

Диапазон приемлемости не есть слепок, простая копия групповых норм. Он определяет отношение индивида к групповым нормам и в какой-то части может с ними не совпадать. В связи с этим если диапазон приемлемости шире групповых норм, то поведение индивида может вызвать социальные санкции (осуждение окружающих) без личностного конфликта (человек будет удивленно пожимать плечами и спрашивать: «А что такого?»). Наоборот, если диапазон приемлемости уже групповых алкогольных норм, то поведение в ряде случаев может вызывать личностный конфликт, тогда как с точки зрения окружающих все обстоит благопристойно («Чего ты мучаешься?»).

В отличие от социальных санкций, действие которых достаточно длительно и заканчивается с возвращением поведения в установленные рамки, личностный конфликт не может существовать долго, поскольку он сопровождается негативными переживаниями и несет в себе угрозу дискредитации «я». Он должен разрешиться.

Способ разрешения личностного конфликта в случаях злоупотребления спиртными напитками остается традиционным. Чаще всего конфликт приводит к коррекции поведения и возвращению его в рамки, приемлемые личностью. Однако для нас важны те случаи, в которых коррекция поведения по каким-либо причинам становится затруднительной или невозможной для личности. Чаще всего это наблюдается тогда, когда алкогольная потребность уже достаточно выражена и сопровождается стремлением к максимальной эйфории. Частичное удовлетворение алкогольной потребности уже не дает ожидаемого эффекта.

В этих случаях перед личностью стоит, казалось бы, неразрешимая проблема — или трансформировать поведение, привести его в соответствие с диапазоном приемлемости, но тогда подавить потребность и лишиться себя удовольствия, либо позволить себе и дальше получать удовольствие таким способом, но тогда мучиться от личностного конфликта. Разрешение этого конфликта идет с привлечением психологических защитных механизмов.

Злоупотребление алкоголем и реакция семьи. Лучшее всего человека знают члены его семьи. Они наиболее заинтересованы в сохранении его социального статуса и здоровья. Злоупотребление спиртными напитками вызывает сопротивление прежде всего в семье, со стороны супруга, родителей, детей. Для «алкогольного» брака характерны повышение уровня тревоги, конфликтность, изменения в сексуальном поведении, нарушения ролевых функций, социальная изоляция.

Выделяют две основные формы реакции [Насе Е. Р., 1982]: агрессию — конфликты в семье, ссоры, оскорбления, физиче-

ское воздействие, выбрасывание бутылок со спиртным, отказ принимать дома собутыльников и т. д., и уход — отказ от борьбы, отказ от совместного ведения хозяйства, сексуального общения, отчуждение, уход из дома (иногда с детьми), распад семьи. Эти формы реакции могут чередоваться, сменяя друг друга. Дополняясь другими формами, они образуют довольно разнообразную картину семейных отношений.

Ж. К. Jackson (1954) выделяет 7 стадий реакции семьи на пьянство супруга.

1. Отрицание проблемы — жена считает свою реакцию на поведение мужа чрезмерной, этому способствует успокаивающее влияние друзей, иллюзия «совершенного» брака сохраняется.

2. Попытки ликвидировать проблему — семья отходит от социальных контактов (друзья, родственники), пьянство мужа вызывает организованное сопротивление.

3. Дезорганизация — жена прекращает попытки контролировать пьянство мужа, она сомневается в своей правоте, дети становятся более беспокойными.

4. Попытка реорганизации семьи — жена берет на себя контроль над семьей, алкоголику в семье не отводится никакой роли.

5. Попытки уйти от проблемы — жена с детьми живет отдельно от мужа.

6. Реорганизация части семьи — жена и дети реорганизуются в отдельную семью.

7. Выздоровление и восстановление семьи — алкоголик теперь трезв, жена и муж пересматривают свои роли в семье, делается попытка соединиться и восстановить семью.

Хотя работы других авторов и не подтвердили существования выделенных стадий [Lemere E. M., 1960; James J. E., Goldman M., 1971], изменение поведения жены как реакция на пьянство супруга не вызывает сомнения.

Наши наблюдения выявляют следующую эволюцию реакции семьи на пьянство мужа. Вначале происходит смещение представления о норме. Учащение пьянства супруга вызывает синхронное расширение границ нормы и диапазона приемлемых форм поведения («все пьют»). В дальнейшем злоупотребление осознается и начинается борьба. У жены формируется представление о том, что муж все-таки пьет чрезмерно и это ему безусловно вредит. Возможно, он даже стал пьяницей. Реакция обычно бывает двойкой. С одной стороны, начинается борьба с пьянством мужа, попытки скорректировать его поведение (конфликты, скандалы, иногда физическое воздействие, выбрасывание бутылок со спиртным и т. п.). С другой стороны, жене нужно сохранить видимость благополучия, «не выносить сор из избы», чтобы не дискредитировать себя и мужа в глазах окружающих. На данном этапе жена ведет борьбу в одиночестве. Спиртные напитки перестают держать дома. Жена

усиливает контроль за расходами мужа, оставляет ему минимум денег, иногда получает зарплату вместе с ним.

По мере интенсификации пьянства усиливаются применяемые санкции, учащаются и углубляются конфликты. Однако малая эффективность этих мер заставляет жену искать другие, более результативные, способы воздействия. Приходится принести в жертву репутацию семьи. Жена готова стать объектом обсуждений, сплетен и жалости окружающих и сообщает о создавшейся ситуации ближайшим лицам — родственникам и друзьям. Жена проводит соответствующие беседы с детьми. В некоторых случаях она вынуждена обратиться за помощью к администрации по месту работы мужа, апеллировать к общественным организациям (местком, партком). Личность супруга уже не щадится, его поведение рисуется в тех красках, в каких оно представляется разгневанной жене. Расширение круга лиц, оказывающих давление на супруга, значительно усиливает применяемые санкции. Одновременно или несколько позже начинается борьба с «приятелями» — собутыльниками — их отказываются принимать дома, дискредитируют в глазах мужа.

Неэффективность применяемых мер борьбы и все возрастающее пьянство мужа формируют у жены представление о его болезни. С этого периода борьба вступает в новый этап: ее целью становится не коррекция пьянства (жена уже знает, что это невозможно), а привлечение мужа к лечению. Жена пытается внушить мужу мысль о заболевании, старается привести его к врачу, сама организует тайные консультации по этому вопросу с врачами, знакомыми. Иногда она обращается в милицию для привлечения мужа к лечению.

Невозможность добиться успеха даже такими средствами заставляет признать свое поражение, ощутить свое бессилие. Это сопровождается отказом от дальнейшей борьбы («делай, что хочешь»). Жена становится подавленной, наступает апатия с переоценкой ценностей («гори все огнем»).

Выход из этого состояния лежит через локализацию проблемы и инкапсуляцию психической травмы. Жена предпринимает попытку создать свою собственную жизнь, в которой супруга места нет. Это сопровождается новой личностной ориентацией женщины. Одновременно происходит перераспределение ролей в семье, отделение жены и детей от мужа в виде отдельной семьи.

Таким образом, можно выделить 5 стадий реакции семьи на пьянство ее члена.

1. Расширение диапазона приемлемых форм поведения (смещение представления о норме).

2. Инкапсуляция проблемы и борьба с пьянством супруга в одиночку.

3. Расширение круга лиц, участвующих в санкциях, апелляция к ближайшему окружению и общественности.

4. Формирование представления о болезни супруга, изменение целей борьбы, попытка привлечь его к лечению.

5. Признание поражения, отказ от борьбы, распад семьи.

Реакция жены на пьянство мужа в значительной мере зависит как от ее личностных качеств, так и от ее отношения к алкоголизации в целом (алкогольные установки). Личностные особенности жен больных алкоголизмом — вопрос, важный для понимания их реакции на пьянство мужа. Этому вопросу посвящена обширная литература, к сожалению, в основном зарубежная.

До последнего времени в западной литературе преобладало мнение о том, что жена больного алкоголизмом имеет определенные психопатологические нарушения еще до замужества. Ее описывали как зависимую личность с неудовлетворенными моральными потребностями, выраженным стремлением к зависимости. Замужество не привело к их удовлетворению, что вызывало отвержение супруга, негативное отношение к нему и способствовало развитию психической декомпенсации.

В дальнейшем этот портрет уточнялся, дополнялся новыми штрихами и постепенно принял «классический» облик, согласно которому жена больного алкоголизмом лидирует в семье, враждебно настроена к мужчинам, имеет неадекватные психологические реакции и нуждается в муже (несмотря на враждебность) для прикрытия своей психологической стигматизации. В такой ситуации пьянство мужа в какой-то степени отвечает мазохистским наклонностям жены и оправдывает ее сексуальную фригидность и страх перед сексуальным общением (муж-алкоголик обычно гипосексуален). Муж служит тем объектом, на который жена может бессознательно проецировать собственную неполноценность [Nase E. P., 1982].

Выделяют 4 типа жен алкоголиков: «страдающая», «контролирующая», «карательная» и «отказывающая от прав» [Whalen J., 1953].

Имеется 3 точки зрения на возникновение поведенческих аномалий у жен алкоголиков.

В основе первой из них («теория нарушенной личности») лежит посылка о том, что еще до замужества жены алкоголиков имели определенные личностные нарушения [Kogan K. L., Fordyce W. E., Jackson J. K., 1963; Kogan K. L., Jackson J. K., 1965]. Вторая точка зрения («гипотеза декомпенсации»), которая не исключает первой, состоит в том, что женщины выбирают в мужья алкоголиков для удовлетворения своих подсознательных потребностей. Пьянство мужа становится средством компенсации девиантных личностных черт. Если муж прекратит пить, то произойдет декомпенсация состояния у жены [Rae G. B., 1972; Rae G. B., Drewery G., 1972].

Третья точка зрения («гипотеза стресса» — Jackson J. K., 1965) в какой-то степени альтернативна первым двум. Наблюдаемые у жен алкоголиков различные психопатологические рас-

стройства, в том числе тревога, депрессия, рассматриваются как результат хронического стресса, которым является брак с алкоголиком.

Дальнейшие исследования показали, что жены алкоголиков далеко не всегда имели личностные аномалии до брака, а если они были, то не исчерпывались выделенными 4 типами. Не подтверждено также появление различных психопатологических нарушений у жен алкоголиков тогда, когда их мужья бросали пить [Paige P. E., LaPointe W., Krueger A., 1971]. Так, М. В. Beiley (1961), М. В. Beiley, Р. Haberman, Н. Alksne (1962) с помощью психофизиологических тестов выявили аномалии у 65% жен, живущих с пьющими мужьями; у жен алкоголиков в ремиссии аномалии регистрировались в 43%, а в контрольной группе — в 35% случаев. Аналогичные данные приводят R. H. Kohl (1962), J. J. Saxon, E. P. Nace, C. Camptorota (1976).

Пьянство супруга действительно коррелирует с высокой психопатологической стигматизацией брачного партнера. Однако скорее всего это связано не с добрачными особенностями жены, отражающими какую-то «потребность» в пьянстве мужа, а с психотравмирующим воздействием самого пьянства. Прекращение пьянства во время ремиссии значительно ослабляет эту стигматизацию. Ухудшение состояния жены вслед за успешным лечением мужа можно объяснить другими факторами — опасением возможного рецидива, страхом за сохранение семьи (при неравных браках).

Жены, выявляющие отклонение по шкале психопатии, чаще знали до брака, что их будущие мужья неумеренно пьют. Жены, выявляющие высокие цифры по шкалам депрессии, психастении и истерии, чаще имели мужей, у которых алкоголизм развился уже в браке. Жены первой группы были безразличны к пьянству мужа, второй — активно ему сопротивлялись [Rae J. B., Forbes A. R., 1968].

Данные о мужчинах, имеющих жен-алкоголичек, менее систематизированы. Эти мужчины были в значительно более старшем возрасте, чем имеющие непьющих жен, у них была меньшая мужская самооценка, больше нервно-психических расстройств, включая алкоголизм (до 35% — J. Rimmer, 1974).

Как мужчины, так и женщины, вступающие в брак с больным алкоголизмом, обычно имеют более низкий социальный статус (мезальянс). В трети или даже половине случаев женщины, страдающие алкоголизмом и имеющие низкий социальный статус, выходят замуж за больных алкоголизмом и шансы выйти замуж за алкоголика растут у них с каждым новым браком.

Следовательно, нельзя раздельно рассматривать формирование пьянства у одного из супругов и реакцию на него второго. Это непрерывный и тесно увязанный процесс взаимодействия. Возникновение не критичности к пьянству, алкогольной

анозогнозии, а также формирование внутренней картины болезни во многом зависят от поведения брачного партнера, его отношения к проблеме.

Жена больного алкоголизмом часто не критична к пьянству мужа. Это недостаточное понимание болезненности злоупотребления алкоголем отражает общее отношение к проблеме («все пьют», «мой не хуже других»).

Довольно часто происходит подмена мотива — попытка под флагом борьбы с пьянством решать другие проблемы (самоутверждение, лидерство в семье, материальные вопросы и т. п.). В этих случаях жена добивается госпитализации больного не для того, чтобы его лечить, а для того, чтобы «попугать». «Угроза лечением» становится реакцией жены на возрастающее пьянство мужа и на его агрессию при попытке как-то ограничить злоупотребление. При этом пьянство мужа расценивается не как болезнь, а как распушенность. Такие жены часто приходят в больницу через несколько дней после госпитализации мужа и настаивают на его выписке. Они заявляют, что муж «не такой уж пьяница», что его не надо лечить, уверяют, что он не пьет, что на него «наговорили».

ЧАСТЬ II

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ И ЗЛУУПОТРЕБЛЕНИЯ ИМИ

Психологические изменения при алкоголизме до сих пор остаются малоизученным вопросом наркологии. Здесь, пожалуй, особенно наглядна междисциплинарная разобщенность. Психологи исследуют изменения отдельных сторон психической деятельности (памяти, внимания, интеллекта и т. п.) при острой и хронической интоксикации алкоголем, клиницисты сосредотачивают свое внимание на изучении алкогольной потребности и описании специфических личностных расстройств на поздних стадиях заболевания, получивших обобщенное название «алкогольные изменения личности». Эти направления мало коррелируют и практически развиваются изолированно. Нет обобщающих работ о влиянии алкоголя на психологические процессы с практическими выводами.

Психологические изменения на ранних стадиях заболевания исчерпываются появлением алкогольной потребности. Изменения других психологических параметров (установок, мотивационной сферы и др.) описывались в альтернативных терминах (изменены — не изменены) и были малоубедительны. Естественно, индивидуально-психологические изменения в доболезненном периоде остались вообще вне внимания исследователей. Тем не менее клинический опыт свидетельствует о том, что такие изменения происходят. Меняется отношение человека к труду, общественно полезной деятельности, редуцируются социально-позитивные установки у часто пьющих. Трансформация общения, изменение отношения к семье, приводящее к частичной социальной дезадаптации, дополняют картину.

Без знания основных закономерностей влияния алкоголя на здоровую личность нельзя понять изменения, происходящие у заболевшего.

Диапазон вопросов, требующих освещения при таком подходе, необычайно широк. На одном полюсе он смыкается с взаимоотношением общественного и личного сознания, общественной моралью, этикой, категорией нормы. На другом полюсе стоят вопросы, объединяющие рассматриваемую проблему с клинической наркологией — изменения личности в рамках продромальной стадии болезни, границы заболевания, вопросы ранней диагностики.

Естественно, что широта затронутых вопросов и их полная неразработанность не дают возможности исчерпывающе осветить проблему. Мы попробуем наметить лишь ее контур.

ГЛАВА 7

АЛКОГОЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ, ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЕ, ФОРМИРОВАНИЕ И ЗАКОНОМЕРНОСТИ ДИНАМИКИ

По Д. Н. Узнадзе, установка — это состояние, обусловленное организацией предшествующего опыта, определенным внутренним увязыванием этого опыта, приводящее к регулированию последующего поведения. Это определенное состояние субъекта переживания, имеющее целостный характер. Оно не находит отражения в сознании в виде отдельных самостоятельных переживаний. Установка играет свою роль, определяя активность субъекта в направлении удовлетворения своих потребностей. Установка (отношение) определяет выбор мотива. Отношение есть вероятность определенного поведения в определенной ситуации.

Понятие установки довольно широко колеблется в психологической литературе от ее сведения к феноменам иллюзий (фиксированные установки) до возведения в основную проблему психологии [Асмолов А. Г., 1978]. Не вдаваясь в анализ различных подходов и течений, укажем, что мы рассматриваем установку в плане концепций, разработанных школой Д. Н. Узнадзе, общепризнанных в советской психологии.

Выделяются установки первичные, или унитарные, и социальные установки, или установки социального поведения. Алкогольные установки можно отнести ко второй группе.

Вопрос об алкогольных установках остается практически не разработанным, хотя значение алкогольных установок в начале употребления спиртных напитков, в формировании алкогольных привычек и, наконец, в возникновении заболевания трудно переоценить [Асмолов А. Г., 1980; Григорьев В. И. и др., 1980; Сурнов А. К., 1982]. Они фактически определяют, как показано ниже, развитие привычки к употреблению спиртного и ее переход в заболевание.

Несмотря на то что понятие установки в современной психологии разработано преимущественно отечественными психологами, в медицинскую практику, в частности в наркологию, оно не перенесено и клиника заболевания не переосмыслена с этих позиций. Сам термин «алкогольная установка» в клинической практике не употребляется¹. В западной литературе алкогольная установка часто подменяется ролевым поведе-

¹ Исключение составляет работа И. С. Павлова (1980), где алкогольная установка отождествляется с терапевтической позицией больного алкоголизмом, его отношением к болезни и лечению, что не совсем точно отражает содержание этого понятия.

нием, усвоением ролевых функций в рамках буржуазно-социологических теорий (интеракционизм, теория ролей), что делает это понятие методологически неприемлемым.

Проведенные нами клинико-психологические и клинико-психопатологические исследования дают основание говорить о выделении специального понятия «алкогольная установка».

Поскольку каждый человек имеет к алкогольным проблемам свое отношение и его поведение в каждой конкретной ситуации с определенной вероятностью можно предсказать, использование термина «установка» для определения позиции личности обосновано и правомерно. Термин «алкогольные установки» позволяет обозначить комплекс индивидуально-психологических феноменов, определяющих поведение в той или иной ситуации и получающих в ряде случаев клиническую проекцию.

Алкогольные установки можно определить как отношение человека к спиртным напиткам, к алкогольным обычаям, привычкам, к различным проявлениям пьянства и его поведение в ситуациях, предполагающих прием спиртных напитков. В этом определении заложена определенная двойственность, отражающая сложность структуры установки. С одной стороны, алкогольные установки рассматриваются как отношение индивида к спиртным напиткам, и в этом смысле они являются результатом усвоения (инкорпорирования) социального опыта. С другой стороны, алкогольные установки определяют поведение человека в конкретной ситуации, и в этом смысле они приближаются к понятию навыка, привычки, динамического стереотипа.

СОЦИАЛИЗАЦИЯ ИНДИВИДА.

ФОРМИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ УСТАНОВОК

Закономерности формирования алкогольных установок не исследовались. Можно полагать, что появление алкогольных установок тесно связано с процессами социализации личности — формированием индивидуального самосознания под воздействием общественного сознания. Социализацию понимают как усвоение человеком культуры общества, его морально-этических норм, обычаев, привычек. В основе социализации лежит инкорпорирование, т. е. «введение в себя», усвоение социальных норм, всего того, что составляет понятие культуры.

Познание ребенком, подростком окружающего мира сопровождается усвоением социального опыта (инкорпорирование). Индивид усваивает основные морально-этические категории, являющиеся основой взаимоотношения людей. Формируется понятие «нормы» — сложившейся в группе системы требований, определяющих поведение ее членов. Рисунок поведения, укладывающийся в рамки групповых норм, не вызывает негативных реакций окружающих.

Индивид получает определенную информацию и о спиртных напитках. Слушая разговоры взрослых на эту тему, становясь свидетелем алкогольных эпизодов, ребенок формирует свое представление о том, что такое спиртные напитки, в каких случаях принято их употреблять, как люди должны вести себя в состоянии опьянения. Перерабатывая эту информацию, ребенок формирует свой взгляд, свое отношение к алкогольной проблеме, которое и будет определять его исходные (первичные) алкогольные установки.

В соответствии с этим можно выделить два периода в формировании алкогольных установок — до и после начала приема спиртных напитков. Первый период («сухой») связан только с процессами социализации — усвоением личностью алкогольных обычаев и привычек данной социальной группы, их преломлением через свою личность и формированием собственного отношения к алкогольной проблеме. Он исключает влияние личного опыта, поскольку таковой пока отсутствует. Второй период начинается с употребления спиртных напитков, когда изначальные алкогольные установки трансформируются в соответствии с практической деятельностью индивида. Соответственно этапам формирования алкогольные установки можно разделить на первичные и вторичные.

Первичные алкогольные установки формируются в результате усвоения социального опыта. Они определяются как уровнем алкоголизации, принятым в родительской семье, в ближайшем окружении, так и отношением индивида к наблюдаемым явлениям. Первичные алкогольные установки недостаточно четки, неполны, а главное нестойки. Отражая в какой-то мере социально-культурные факторы микросреды, они определяют только общее отношение индивида к проблеме, лишь контур «алкогольного» поведения без его деталей. Они легко меняются под действием новой информации. Эта неустойчивость и нечеткость алкогольных установок делает малопредсказуемым поведение подростка в той или иной ситуации.

Вопрос о том, почему у данного человека сформировались те или иные алкогольные установки, довольно сложен. Далеко не всегда можно выявить факторы, существенно повлиявшие на этот процесс. Однако в ряде случаев причинно-следственные отношения наглядны и удастся выделить общие механизмы социализации. Социализация — усвоение человеком системы знаний, норм и ценностей, позволяющих ему функционировать в качестве полноправного члена общества. Социализация включает в себя как целенаправленное воздействие на личность (воспитание), так и стихийные, спонтанные процессы, влияющие на ее формирование. Результатом социализации становится приобретение специфически человеческих форм поведения и качеств, делающих возможной жизнь человека в обществе. Дети не только учатся говорить на языке матери, применять набор обычных знаний и умений, они усваивают также опре-

деленные цели, общественные потребности, склонности, интересы и чувственные реакции, характерные для среды, в которой они растут [Ружичка И., 1981].

Социализация индивида осуществляется на основе взаимных контактов (социального взаимодействия) с другими лицами. В процессе социализации происходит выработка системы знаний и умений, которые обуславливают соответствующую ориентацию индивида в общественной среде, а также системы общественных и трудовых навыков, обеспечивающих соответствие поведения человека социальным и культурным нормам.

Социализация — это непрерывный процесс взаимодействия, в ходе которого ребенок избирательно усваивает формы поведения, санкционированные обществом.

Существует несколько механизмов социализации. В бихевиористской школе социальной психологии формирование навыка ставится в зависимость от системы поощрения и наказания: стереотип поведения формируется либо вознаграждением, либо избеганием наказания [Maier N., 1949]. В классическом психоанализе формирование личности есть процесс борьбы подсознательного «оно», основным содержанием которого являются сексуальный инстинкт (либидо) и инстинкт смерти (танатос), со «сверх-я», состоящим из «табу» первобытного опыта.

В неопрейдизме формирование личности рассматривается как подавление и вытеснение из сознания комплексов (в основе которых лежат те же инстинкты), реализация которых вступает в противоречие с социальными нормами. В психодинамике процесс формирования личности становится в зависимость от удовлетворения потребности ребенка (особенно в раннем детстве) в любви и защите.

Замечено, что формирование алкогольных установок, как установок вообще, в значительной мере зависит от отношения индивида к конкретным лицам — носителям определенных ценностных ориентаций. Так, в пьющих семьях ребенок усваивает сочувственное отношение к алкоголю при положительных эмоциях, связанных с родителем-алкоголиком, если, несмотря на пьянство, он остается для ребенка объектом любви и уважения.

Предполагается участие в процессе такой передачи известных в психологии механизмов генерализации или эмоционального переноса: переноса отношения к субъекту на все то, что с ним связано (его взгляды, поведение, манеру одеваться, говорить и т. д.).

Можно выделить два основных фактора, существенно влияющих на формирование установок вообще и алкогольных установок в частности: отношение индивида к объекту взаимодействия и эмоциональный перенос (генерализация) — распространение на окружающее своего отношения к объекту.

Общение как процесс социального взаимодействия строится на взаимоотношении. Уровень общения может быть различным (дефиниция, идентификация, эмпатия).

Процесс усвоения зависит как от эмоциональной насыщенности информации, так и от ее модальности. Чем более эмоционально насыщена информация, чем глубже процесс ее переработки, усвоения, тем более интимно она вплетается в личностную структуру, становясь уже чем-то внутренним по отношению к личности, частью ее мировоззрения [Предвечный Г. П., Шерковин Ю. А., 1975]. При минимальной эмоциональной насыщенности информация, т. е. при индифферентном к ней отношении ее усвоение будет поверхностным. Информация остается знанием, не ставшим внутренним побудительным мотивом поведения (знание отдельно, а поведение отдельно).

Не меньшее значение имеет и модальность эмоции. От того, как относится индивид к объекту взаимодействия, будет зависеть качество общения. При позитивном отношении к объекту информация, носителем которой он является, усваивается адекватно и наиболее полно. Наоборот, при негативном отношении к объекту отвергается не только он сам, но и та система ценностей, носителем которой является этот объект. В последующем происходит переориентация на другого человека с другой, часто противоположной, системой ценностей.

Механизм эмоционального переноса не ограничивает процесс взаимодействия его содержательной частью, а распространяет отношение на все то, что связано с объектом взаимодействия. При позитивном эмоциональном отношении к родителям, учителям ребенок усваивает не только конкретное содержание процесса общения, но и отношение их носителя к предметам, явлениям, образ мышления, мировоззрение, а также мимику, лексику, привычки, вкусы и даже походку (клиширование). При этом, естественно, усваиваются, перенимаются и те морально-этические ценности, носителем которых является этот объект. Так формируются основные морально-этические категории, понятие о добре и зле, о том, что хорошо, а что плохо, составляет представление о «норме» не только как о социальной категории, но и как о приемлемой, санкционированной обществом форме поведения.

Усвоение алкогольных обычаев и привычек невозможно оторвать от общего процесса формирования индивидуального сознания, начинающегося с самых первых дней жизни. Даже трудно представить, насколько рано начинается этот процесс. Дошкольники уже имеют общее представление о действии спиртных напитков, знают об основных алкогольных обычаях. Этот личный опыт расширяется и уточняется в школьные годы, формируя установку по отношению к спиртным напиткам — алкогольную позицию личности.

Так, по данным зарубежных авторов, 40% детей в возрасте 6 лет и 60% 10-летних могут определить спиртные напитки по запаху. Уже в 6 лет дети узнавали пьяного человека на фотографиях, распознавали его по поведению, $\frac{2}{3}$ из них заявили, что алкоголь вызывает у них приятные ощущения, а 30% детей в

возрасте 6 лет и 41% в возрасте 10 лет сказали, что, став взрослыми, они будут употреблять спиртные напитки.

Аналогичные данные получили Ю. Ф. Приленский и Н. Д. Иванюженко (1980) при обследовании детских садов. В возрасте 3—4 лет в «пьяных» играли 32% мальчиков и 7% девочек, в возрасте 6—7 лет соответственно 18 и 4%. Дети, получившие задание «играть в праздник» разливали воду по игрушечным чашечкам, чокались, изображая пьяных. Среди обследованных пробовали пиво 23—34% девочек и 32—43% мальчиков, вино — 13—26% девочек и 21—27% мальчиков, водку — соответственно 7—13 и 11—16%, причем значительная часть детей обнаруживали положительное отношение к спиртным напиткам.

При анкетировании школьников выявлены четкие различия отношения к приему спиртных напитков как к обычному явлению в зависимости от возраста и пола (в возрасте 16—17 лет у мальчиков 71%, у девочек — 89%). Положительно оценивали возможность выпить в праздничные дни 42,7% мальчиков и 52,4% девочек [Сидоров П. И., 1979].

Изменение отношения к алкоголю с возрастом от отрицательного и нейтрального у учащихся ГПТУ и десятиклассников к умеренно-положительному у студентов младших курсов и выраженно-положительному у студентов старших курсов вуза отмечали С. Н. Ларин, Н. Г. Яковенко, И. О. Лазарев (1980).

Таким образом, уже в дошкольном возрасте для большинства детей алкоголь перестает быть тайной за семью печатями. Они получают представление о спиртных напитках, наблюдая поведение родителей, родственников и знакомых. Основной скачок в отношении к спиртным напиткам наблюдается в 14—15 лет, когда к семейным впечатлениям начинает добавляться информация от сверстников. Вовлечение в группу и функционирование в ней быстро приводят к усвоению групповых ценностей и стандартов, включая отношение к алкоголю. Именно усвоение групповых норм завершает формирование у подростка первичных алкогольных установок, непосредственно приводящих к первому алкогольному эпизоду.

На эту сторону формирования алкоголизма у подростков обращают внимание И. Д. Муратова, Л. М. Котлова (1979), указывая, что рационализации пьянства немало способствует изначально групповое потребление с неизбежным обменом «алкогольным опытом» и формированием впоследствии групповой психологической зависимости.

Алкогольные установки в таком толковании не являются чем-то патологическим. Это процесс нормального формирования личности, усвоения социальных норм во всех их проявлениях. Не существует также специального механизма формирования алкогольных установок. Это часть процессов социализации, передачи от поколения к поколению морально-этических и культурных ценностей. Алкогольные установки формируются

задолго до начала употребления спиртных напитков. К своему первому алкогольному эпизоду личность приходит уже определенным образом подготовленной, с уже сформированным отношением к алкогольной проблеме. Собственно говоря, первая выпивка уже результат, следствие этого процесса.

Первичные алкогольные установки участвуют в формировании психологических потребностей (подражание взрослым, любопытство, потребность в самоутверждении, приобщение к группе). Их реализация осуществляется в группе, и прием алкоголя становится одним из ее условий.

ФОРМИРОВАНИЕ ДЕВИАНТНЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ УСТАНОВОК

Процесс формирования алкогольных установок может нарушаться, тогда они становятся аномальными, а в ряде случаев и патологическими. Аномалии этого процесса могут быть связаны как с тем, что усваивается (изменения микросреды), так и с тем, как усваивается (нарушения интериоризации). В первом случае причины девиации находятся во вне, в окружающей среде, во втором — остаются внутри личности, определяются ею.

При воспитании в неблагоприятной микросреде оказывается измененным тот материал, который усваивается личностью. В неблагоприятной микросреде нормы-правила значительно отличаются от общепринятых в данной социальной группе и в какой-то части противоречат им. Усвоение ребенком, подростком аномальных этических норм микросреды лежит в основе девиантного и делинквентного поведения, где пьянство может быть только элементом общего процесса дезадаптации, а может выступать самостоятельно.

Как уже отмечалось, процесс интериоризации, усвоения социального опыта тесно связан с такой личностной характеристикой, как отношение. Именно отношение будет определять то, что будет усваиваться, и то, как будет усваиваться. При негативном отношении к окружающим по механизму эмоционального переноса оно распространяется и на все то, что связано с объектом общения, т. е. на его взгляды, образ мышления, систему ценностей и жизненных установок, которые в этом случае отвергаются личностью. При этом человек ищет и находит другие объекты референтной ориентации.

Негативное отношение к родителям, ближайшему окружению может играть и корригирующую роль, когда оно направлено на человека с аномальными установками. Так, если отвергаемый отец болен алкоголизмом, то установка на трезвость может возникнуть как реакция неприятия отца. Аналогично складываются отношения в группе. Если по каким-либо мотивам подросток отвергает группу, то он отвергает и те групповые нормы, которые отличают эту группу, в том числе и отношение к спиртным напиткам (рис. 4 и 5).

При эмоционально нейтральном отношении процессы общения не достигают нужной глубины и ограничиваются самым по-

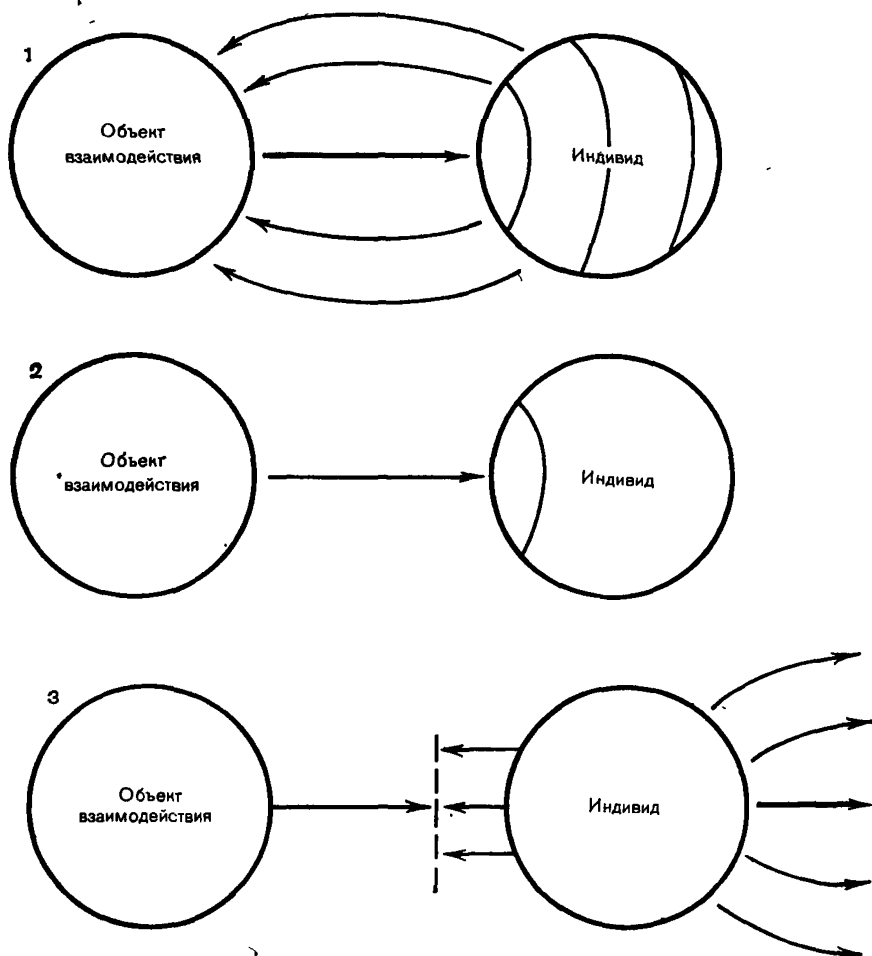


Рис. 4. Варианты социализации, связанные с установившимися межличностными отношениями.

1 — при позитивном отношении (клиширование); 2 — при эмоционально-нейтральном (безразличном) отношении (парциальное усвоение); 3 — при негативном отношении.

верхностным уровнем (дефиниция). Информация, получаемая при таком взаимодействии, усваивается в виде индифферентных сведений, не изменяющих отношения личности к окружающему. Социальные нормы, знания, которые индивид получает, не становятся частью его мировоззрения, не определяют внутренних потребностей. Соблюдение норм общежития такими людьми диктуется не внутренними убеждениями, а внешними обстоятельствами, так как несоблюдение может усилить давление общества.

Усвоение социального опыта есть кардинальное свойство личности, определяющее направление ее формирования и фактически обуславливающее дальнейшее развитие. Этому вопросу уделяет много внимания западная социология, в частности ее направления, рассматривающие социальные отношения с позиций психодинамики, интеракционизма и ролевого поведения.

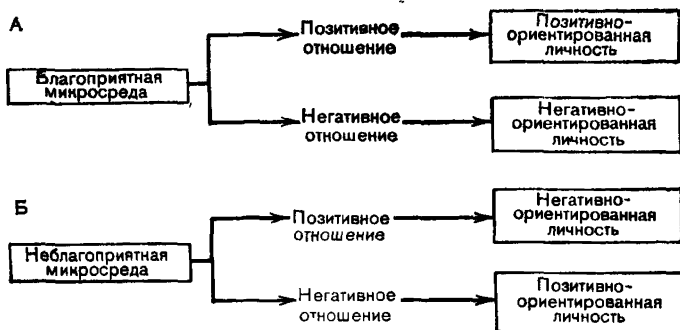


Рис. 5. Формирование позитивной и негативной личностной ориентации.

А — в благоприятной микросреде; Б — в неблагоприятной микросреде.

Процесс социализации рассматривается ими не как формирование личного самосознания на основе общественного сознания, не как усвоение опыта предшествующих поколений, а как усвоение социальных ролей.

Отсутствие сдерживающих установок, обусловленное неполным или неправильным усвоением социальных норм, считали одним из основных факторов развития алкоголизма многие авторы. Так, П. Вютрих в зависимости от степени и характера интернализации ролевых норм выделяет 3 типа личности:

1. Экстернализированный — совершенно не способный усвоить моральные нормы общества; в ситуациях, связанных с выбором поведения, человек ориентируется не на моральные нормы, а на возможное последующее наказание.

2. Конвенциональный — интернализирующий моральные правила и стремящийся их соблюдать.

3. Гуманистический — интернализирующий моральные правила и учитывающий при их применении интересы и чувства всех участников ситуации.

Экстернализированный тип автор ассоциирует с алкоголизмом в результате неспособности к усвоению моральных норм общества. Он обращает внимание на то, что у будущих больных алкоголизмом еще в детстве имелись трудности в усвоении тех или иных социальных ролей. Особенно четки корреляции между различными деструктивными процессами в родительской семье и последующей склонностью к неконтролируемому пьянству. Фактически любая ситуация «разрушенного дома» создавала существенные трудности коммуникации в семье и формировала аномальное поведение. Патологические особенности коммуникации в семье усиливались в процессе вторичной социализации, в период усвоения ролей взрослых. Деструкция в семье проецируется на отношения со сверстниками, образуя патологический социальный фон. Таким образом, причину трудностей усвоения социальных ролей автор видит в аномалиях воспитания, используя для их трактовки психодинамические концепции.

А. Коровин еще в 1907 г. писал, что основные факторы алкоголизма носят не личный, а общий, социальный, характер,

представляя по существу воплощение алкогольных предрассудков и обычаев в домашней, школьной и общественной жизни, создавая таким путем питейное настроение у всего населения, переходящее у отдельных лиц в алкоголизм.

На возможность утрирования опьянения подростками, демонстрации его глубины, появления симптомов, не соответствующих количеству выпитого, указывал А. М. Халецкий (1963), подчеркивая, что одни и те же люди в разных ситуациях то допускают, то сдерживают асоциальное поведение. В развязном поведении пьяного легко обнаружить обычные черты саморасторможенности. Хорошее воспитание, внутренняя культура почти исключают антисоциальное поведение в состоянии опьянения.

И. Н. Пятницкая (1979) пишет, что порочные алкогольные обычаи наиболее полно проявляются в изначальном изменении формы опьянения, когда напиток «до отключения» — нормальное завершение застолья. Иногда утренняя выпивка сопровождается алкоголизацией с самого начала как принятая в группе норма. По мнению автора, это обусловлено готовностью личности к некритическому восприятию алкогольных обычаев микросреды.

Копируя формы алкоголизации и поведение в состоянии опьянения, подросток часто воспроизводит и симптоматику алкоголизма, не будучи больным. Так, в грубых формах опьянения подростков имитируется утрата количественного контроля родителями, а выпивать по утрам они начинают задолго до формирования абстинентного синдрома, когда в опохмелении еще нет никакой необходимости.

Таким путем деформированные алкогольные установки^{*} определяют фенотипирование симптомов алкоголизма у подростков. Этот феномен многие авторы описывали под различными названиями: механизм «индукции» или психогенное формирование симптомов зависимости, утраты контроля и т. д. [Муратова И. Д., Копыт Н. Я., Сидоров П. И., 1979], «алкогольная личность до болезни» [Нелидов А. Л., 1978], «маскирование алкоголизма» [Сидоров П. И., 1979], «реакция имитации» (стремление вести себя по-взрослому — Н. Е. Буторина, Н. Г. Мовчан, В. С. Казаков, А. С. Кондрашина, 1980). Описывая клиническую картину алкоголизма у подростков, И. Н. Пятницкая (1979) выделяет 3 социально-психологических механизма становления заболевания у несовершеннолетних — индукцию, стимуляцию и деформацию.

Необходимо подчеркнуть, что первичные алкогольные установки не есть слепок с норм и правил микросреды. Это результат их усвоения личностью, которая пропускает эти нормы через себя, через свою систему отношения к миру. Формирующиеся алкогольные установки не только могут, но и должны отличаться от норм-правил.

Появлению личностных особенностей в формировании уста-

новок в значительной степени способствует возможность выбора. Информация, получаемая ребенком, подростком, неоднородна — разные люди выявляют различное отношение к спиртным напиткам, и формирование первичных установок — это всегда результат выбора из какого-то ряда возможностей.

ТРАНСФОРМАЦИЯ АЛКОГОЛЬНЫХ УСТАНОВОК В ПРОЦЕССЕ УСИЛЕНИЯ ПЬЯНСТВА. ВТОРИЧНЫЕ УСТАНОВКИ. ДИАПАЗОН ПРИЕМЛЕМОСТИ

Алкогольные установки консервативны и динамичны в одно и то же время. Уже первые выпивки, первые личные впечатления о позитивных и негативных сторонах опьянения меняют первичные установки, корректируют их, формируя новую личностную позицию. В последующем алкогольные установки продолжают меняться по мере накопления личного алкогольного опыта, и формируются вторичные установки. Эти изменения не хаотичны, а строго определены, тесно связаны с интенсивностью алкоголизации. Трансформация алкогольных установок — важный фактор в развитии алкогольной привычки, а затем болезни.

Выше мы останавливались на зависимости алкогольных установок от возрастно-половой структуры населения. В целом наблюдается расширение алкогольных установок, коррелирующее по мере увеличения возраста с ростом терпимости к различным проявлениям пьянства, увеличением потребления спиртных напитков, приемлемостью более brutальных форм пьянства, достигающее максимума в 30—40 лет; в более старших возрастных группах происходит обратное развитие. Особенно четко это видно на примере признаков опьянения, определяемого как чрезмерное. Так, в качестве признаков чрезмерного опьянения обследуемые моложе 20 лет указывали симптомы легкого и среднего, моложе 30 лет — среднего и выраженного, моложе 40 лет — признаки выраженного опьянения и асоциальные формы поведения.

Представляет несомненный интерес связь установки на неограниченное пьянство с фактической алкоголизацией. Так, при исследовании выборки установлено, что 11,8% мужчин и 3,8% женщин не считают нужным ограничивать себя в употреблении спиртных напитков.

Алкоголизация лиц, не ограничивающих себя, значительно выше. Так, злоупотребляющие спиртными напитками (750 мл водки и больше) в группе лиц, не ограничивающих себя, составляют 9,6% среди мужчин и 6,7% среди женщин, а среди лиц, ограничивающих себя, — соответственно 3,4 и 0,3%. При сопоставлении максимальных количеств спиртного это различие становится еще более четким. Так, 750 мл водки и больше употребляют 40% не ограничивающих себя мужчин и 9,7% женщин, тогда как в альтернативной группе эти цифры состав-

ляют 18,6 и 2,2%. Различие в обоих случаях статистически достоверно ($p < 0,005$).

Аналогичные данные получены при сопоставлении частоты приема спиртных напитков. Так, среди ограничивающих себя 2—3 раза в неделю и чаще пьют 13,8% мужчин и 6,8% женщин, а среди не ограничивающих с такой частотой пьют 47,7% мужчин и 13,5% женщин. Особенно резко увеличивается число пьющих ежедневно и даже по несколько раз в день. Группа лиц, считающих необходимым ограничивать себя, более однородна, колебания показателей в ней не столь значительны: почти 80% всех опрошенных считают обычным количеством 300 мл водки, а максимальным — 500 мл.

Трансформация алкогольных установок тесно связана с личным алкогольным опытом: чем интенсивнее алкоголизация, тем четче расширение установок, и наоборот — при резком сокращении приема спиртного быстро меняется отношение к различным проявлениям пьянства, возрастает нетерпимость. В этой тесной взаимосвязи не всегда удается проследить причинно-следственные отношения. В ряде случаев, например, при возрастном снижении толерантности, падении эйфоризирующего эффекта алкоголя, а также при длительных и тяжелых периодах последствий сокращения пьянства приводит к соответствующему изменению алкогольных установок. В других случаях изменившееся социальное окружение, давление общества меняют алкогольные установки личности, что приводит к сокращению алкоголизации.

Алкогольные установки определяют диапазон приемлемости — границы дозволенного. Если диапазон приемлемости индивида не совпадает с групповыми нормами, то возникает личностный конфликт, который тем острее, чем жестче санкции общества. Этот конфликт приводит либо к изменению формы употребления спиртных напитков и возвращению ее в социально-контролируемые рамки, либо к формированию психологических защитных построений, позволяющих личности сохранить прежний способ функционирования.

Трансформация алкогольных установок, их «подгонка» под имеющийся уровень алкоголизации путем психологических защитных построений и расширения диапазона приемлемости позволяют, с одной стороны, сохранить возникший стереотип, с другой — стабилизировать образ «я», сохранить самоуважение.

Расширение диапазона приемлемости не только позволяет избежать личностного конфликта при возрастающей алкоголизации и тем самым сохранить самоуважение, но и, вероятно, становится одним из необходимых условий сохранения социального статуса индивида. Работы Р. Ионсона (1976) показывают, что те больные алкоголизмом, которые полностью отрицают существование у себя проблем, связанных с пьянством, и не считают себя алкоголиками, обладают более высокой само-

оценкой и более высоким социальным статусом, чем больные, сохранившие критику.

Однако трансформация алкогольных установок не исчерпывается их расширением. Они претерпевают и определенные качественные изменения, которые можно рассматривать в плане изменения иерархической структуры установки [Асмолов А. Г., 1979]. Еще Д. Н. Узнадзе указал на значение содержания для понимания природы установки. Соответственно объективным детерминантам в организации деятельности — мотиву, цели и условиям осуществления действия А. Г. Асмолов выделяет 3 уровня установочной регуляции деятельности человека: смысловую, целевую и операциональную установки.

Основным механизмом установочной регуляции деятельности является смысловая установка. Она актуализируется мотивом и выступает в форме вызванного мотивом отношения субъекта к цели действия. Содержание этого отношения представлено личностным смыслом. Смысловая установка есть не что иное, как форма выражения личностного смысла в виде готовности к совершению определенной деятельности.

Смысловая установка определяет общую направленность и содержание деятельности. Смысловые установки могут быть как осознанными, так и неосознаваемыми.

Смысловые установки выполняют фильтрующую функцию по отношению к установкам нижележащих уровней — смысловая установка блокирует проявление установок, не соответствующих ей.

Исходя из такого понимания структуры установки, можно считать, что первичные алкогольные установки — преимущественно целевые. Смысловой и операциональный компоненты в них практически отсутствуют. По мере накопления личного опыта алкогольные установки трансформируются. Эта трансформация заключается прежде всего в появлении смыслового компонента. Рост эйфоризирующего эффекта спиртных напитков, появление алкогольной потребности приводят к тому, что алкогольные установки в определенных ситуациях начинают определять личностный смысл деятельности. Однако повторение ситуации приема спиртных напитков делает возможной выработку и операционально-технического компонента установки. Трансформация алкогольных установок в процессе употребления спиртных напитков и злоупотребления ими состоит не только в их расширении, но и в появлении смыслового и операционально-технического компонентов.

Таким образом, алкогольные нормы, усваиваясь личностью, формируют алкогольные установки, которые очерчивают рамки бесконфликтного, приемлемого для данной личности поведения. Выход поведения за эти рамки вызывает личностный конфликт.

Алкогольные установки, формируя отношение индивида к спиртным напиткам и алкогольным обычаям, выступают одним из основных психологических факторов, определяющих потреб-

ление спиртных напитков. Выделяют первичные и вторичные алкогольные установки.

Первичные алкогольные установки возникают в процессе усвоения (инкорпорирования) социального опыта, они нечетки, неполны и нестойки.

Вторичные алкогольные установки есть результат коррекции первичных установок на основе личного жизненного опыта. Они формируют диапазон алкоголизации, приемлемый личностью. Алкогольные установки с возрастом трансформируются — диапазон приемлемых форм поведения, терпимость к различным проявлениям пьянства расширяются от молодого возраста до 40 лет (35—45 лет), а затем опять сокращаются. Эти колебания предохраняют личность от конфликта и вызваны психологической защитой.

Аномальное формирование первичных алкогольных установок может быть обусловлено как средовыми факторами («неполный дом», конфликты в семье, пьянство родителей и т. д.), так и неправильным процессом интернализации (ориентация на референтную группу с девиантными установками, реакция протеста, заниженная самооценка). Аномальные алкогольные установки приводят к фенотипированию алкоголизма — появлению основных симптомов заболевания (утрата контроля, опохмеление, запои) без патобиологической основы.

ГЛАВА 8

АЛКОГОЛЬНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ

Потребность в алкоголе является стержневым симптомом заболевания. Однако ее внезапное появление в буквальном смысле «из ничего» в момент возникновения заболевания оставляет скрытыми механизмы образования столь важного феномена. Алкогольная потребность и связанные с ней симптомы при бытовых формах пьянства также остаются совершенно не исследованными.

Потребность определяется как нужда в чем-то. Всякая потребность имеет свой предмет, объект, который становится побудителем, мотивом поведения («мотив — это объект, который отвечает той или иной потребности и который в той или иной форме, отражаясь субъектом, ведет его к деятельности» — А. Н. Леонтьев, 1981).

Опредмечивание потребности происходит в ситуации, допускающей ее удовлетворение. При этом в субъекте возникает «специфическое состояние направленности к совершению акта, могущего удовлетворить конкретную потребность в конкретной ситуации» [Узнадзе Д. Н., 1961].

Изменение потребностей, их развитие проявляются прежде всего в форме изменения отвечающих им мотивов. Вместе с

развитием потребностей, расширением их предметного содержания совершенствуются способы их удовлетворения.

Мотив побуждает к деятельности, направленной на удовлетворение потребности. Деятельность включает в себя ряд действий. Каждое действие направлено на достижение цели, подчиненной вместе с целями других действий мотиву всей деятельности.

Поведением человека движут, как правило, сразу несколько мотивов: одни мотивы более, другие менее общие. Образуется иерархия мотивов, в которой наиболее общие вершинные мотивы придают общий смысл всему поведению в целом, обуславливают определенное отношение к миру, направленность личности [Божович Л. И., 1968].

Понятие «алкогольная потребность», как «потребность» вообще, заимствовано из психологии. Алкогольная потребность рассматривается как неотъемлемый компонент заболевания, в связи с чем относится к патологическим потребностям. Вне алкоголизма алкогольная потребность не рассматривается. Клинической проекцией потребности в алкоголе является синдром зависимости, признанный ведущим симптомом заболевания.

Процесс возникновения и развития алкогольной потребности у больных алкоголизмом специально не изучался. Исключение составляют работы Б. С. Братуся (1974). Поскольку вино по традиции является непременным атрибутом определенных событий (праздники, дни рождения, свадьбы и т. д.), то, согласно автору, употребление алкоголя вначале есть лишь вспомогательное действие, которое наряду с другими действиями подчинено более общему мотиву (общепринятое представление о празднике). В последующем позитивные эмоции, которые дает употребление алкоголя, из вспомогательного средства становятся самоцелью, самостоятельной потребностью. При этом деятельность определяется вызвавшим ее предметом (алкоголем); а действие есть процесс, направленный на достижение осознаваемого предвидимого результата, т. е. цели [Братусь Б. С., 1976].

Однако такое общее представление о возникновении алкогольной потребности оставляет открытыми довольно много вопросов. В частности, неясно, какую роль выполняет прием алкоголя, оставаясь только действием в системе деятельности иной направленности, неясен механизм перехода действия в самостоятельную потребность и, наконец, остается неуточненным механизм самой алкогольной потребности.

О ТРАКТОВКЕ ТЕРМИНА «АЛКОГОЛЬНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ»

Термин «алкогольная потребность» представляется нам неточным. Поскольку целью употребления алкоголя является достижение опьянения, правильное говорить не о потребности в алкоголе, а о потребности в опьянении [Смирнов В. К., 1981].

Однако термин «алкогольная потребность» стал общеупотребительным и вряд ли сейчас целесообразно ставить вопрос о его замене. Необходимо только помнить, что речь идет о потребности в опьянении, возникающей в процессе потребления алкоголя у некоторых людей, т. е. это скорее желание, нежели истинная потребность, поэтому и в названии раздела «Алкогольная потребность» взята в кавычки.

Традиционно потребность в алкоголе относили к патологическим. Обычно указывали на то, что алкогольная потребность не относится к жизненно необходимым и человек может обойтись без спиртного. Однако вряд ли только по жизненной необходимости и полезности можно квалифицировать потребность как патологическую. Жизненно необходима только незначительная часть потребностей, главным образом биологических. Большинство потребностей, особенно чисто человеческих (потребность в деятельности, общении и даже культуре), возникают и развиваются значительно позже. В связи с этим критерий «жизненная необходимость» нельзя считать достаточным. Обманчивая «очевидность» вопроса связана с тем, что алкогольную потребность всегда считали присущей больному алкоголизмом, и тогда ее патологичность действительно не вызывала сомнений.

Содержание понятия меняется, как только объектом исследования становится бытовой потребитель алкоголя. Чем мотивируется потребление спиртных напитков? Правомерно ли говорить о потребности в алкоголе применительно к данной категории лиц? Ответы на эти вопросы представляют не только академический интерес.

Спиртные напитки, определяя направленность деятельности человека, его содержательную часть, отвечают основным критериям предмета деятельности, а опьянение — его мотиву. Потребность в алкоголе, имея свой самостоятельный предмет и мотив, облегчая реализацию других, более общих, потребностей, включаясь в систему целенаправленной деятельности человека, имеет все формальные атрибуты потребности вне зависимости от того, кем совершается эта деятельность — бытовым потребителем алкоголя или больным алкоголизмом.

Таким образом, если есть предмет деятельности (спиртные напитки), ее мотив (опьянение) и наличествует сама деятельность, обусловленная этим мотивом, то должна быть и потребность, отвечающая предмету, мотиву и направляющая эту деятельность. Следовательно, по формальным признакам наличие потребности можно констатировать и при бытовом пьянстве. Говоря об алкогольной потребности при бытовом пьянстве, мы предвидим ряд возражений. Чисто семантическое сходство с патологической алкогольной потребностью при алкоголизме делает возможным смешение этих двух совершенно разных понятий. По-видимому, оправданно было бы использовать другие термины; например желательность опьянения. Однако мы считаем возможным сохранить его с той оговоркой, что речь идет

о зарождении потребности, которая еще не стала структурно четко оформленным компонентом личности. Такое понимание алкогольной потребности представляется нам чрезвычайно важным, поскольку оно не только является ключом к пониманию механизмов развития бытового пьянства, но и позволяет правильно оценить некоторые клинические симптомы.

Существование алкогольной потребности при бытовых формах пьянства принципиально важно, поскольку влечет за собой серьезные следствия, в частности возможность ее удовлетворения в социально приемлемых рамках и «насыщение» при удовлетворении, ведущее к прекращению приема спиртного.

Действительно, если есть потребность в алкоголе и есть мотив, отвечающий этой потребности, то в процессе ее реализации должно наступать удовлетворение этой потребности, сопровождающееся снижением напряжения (чему соответствует исчезновение желания) и прекращением деятельности в этом направлении. Этому полностью соответствует описанный ниже симптом насыщения при бытовых формах пьянства. Более того, удовлетворение этой потребности в бытовавших формах не вызывало протеста окружающих. Чем отличается потребность в алкоголе при бытовых формах пьянства от таковой при возникновении заболевания? Массовость употребления спиртных напитков, включение этого вида деятельности в обычаи и привычки, относительная незначительность вредных последствий не позволяют отнести ее к категории патологических потребностей. Потребность в алкоголе на этапах бытового пьянства не патологическая. Однако необходимо помнить, что она возникает в результате усвоения вредных обычаев и привычек. Это вторичная, необязательная, потребность. Патологические черты она принимает при трансформации бытового пьянства в алкоголизм, чем и определяется возникновение заболевания.

Основными критериями, определяющими патологическую и непатологическую алкогольную потребность, являются ее интенсивность и возможность удовлетворения в сложившихся формах. Каждый из этих критериев в отдельности не позволяет отнести алкогольную потребность к той или иной категории. Алкогольная потребность становится патологической тогда, когда в обычных условиях человек не может ее подавить собственными усилиями личности. В этом случае она становится obsessивной или compulsивной. Характер «алкогольной потребности» у пьяниц (до развития болезни), не ставшей еще компонентом, тем более ядром личности, — предпосылка успеха борьбы с этим явлением, возможности его искоренения.

МЕХАНИЗМ ОБУСЛОВЛИВАНИЯ. ВОЗНИКНОВЕНИЕ И РАЗВИТИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ПОТРЕБНОСТИ

Механизм возникновения новой потребности, описанный в психологии еще Вундтом и более подробно разработанный А. Н. Леонтьевым (1965), состоит в том, что при определенных

условиях цель действия может стать самостоятельным мотивом поведения (сдвиг мотива на цель).

Другим механизмом образования необязательных потребностей является превращение навыка, вызываемого случайными обстоятельствами, в привычку, в основе которой лежит потребность. Привычка — это навык, ставший потребностью. Наконец, третий путь формирования необязательных потребностей — следование моде из соображений престижа или требований микро-среды.

При формировании алкогольной потребности могут действовать все 3 механизма, но основным остается первый. Именно механизм обусловливания определяет случайное и эпизодическое употребление спиртных напитков.

Самые первые алкогольные эпизоды вызваны формирующимися алкогольными установками личности, которые в свою очередь являются следствием усвоения, интериоризации социального опыта. Подросток, молодой человек пробует спиртное, потому что «так поступают взрослые», для того чтобы стать «своим», доказать свою «силу». Алкогольные установки, обуславливая прием алкоголя в той или иной ситуации, определяют его место в реализации таких социальных потребностей, как референтная ориентация, лидерство, самоутверждение. Выпивка помогает быстрее адаптироваться к новым условиям, включиться в коммуникативную систему. Вне зависимости от того, связан ли алкогольный эксцесс с любопытством, желанием испытать на себе действие спиртного, подражанием взрослым вообще или ориентацией на определенную группу, конкретную личность, вызван ли он стремлением к самоутверждению или желанием общения, в любом случае первый прием спиртного в той или иной ситуации есть проявление отношения личности к спиртным напиткам, отражение ее установок.

Однако действие таких факторов, как любопытство, стремление самоутвердиться, доказать свою «силу», быстро угасает. Их сменяет другой фактор, поддерживающий и увеличивающий прием спиртных напитков, — эйфоризирующий эффект алкоголя.

Позитивные переживания при опьянении определяют столь широкое распространение алкогольных обычаев. Можно предположить, что психологическим механизмом эйфоризирующего эффекта спиртных напитков является обусловливание.

Обусловливание (в наркологии) — это углубление (усиление) позитивного эмоционального радикала удовлетворения какой-либо личностной потребности при наслаивании на него эйфоризирующего действия спиртных напитков. Случайное сочетание удовлетворения какой-либо потребности, например потребности в общении, с опьянением сопровождается усилением положительных эмоций, так как позитивный эмоциональный радикал, получаемый при реализации потребности, усиливается эйфоризирующим эффектом алкоголя.

Однако вернемся к алкогольной потребности: как в этих случаях квалифицировать алкогольный эпизод? Есть ли это деятельность, направленная на удовлетворение алкогольной потребности?

Деятельность как целостный поведенческий акт необходимо отличать от действия, являющегося его структурным элементом. Иногда прием алкоголя может рассматриваться как действие в структуре другой, более общей, деятельности, например прием спиртного для облегчения общения (групповые выпивки подростков, выпивка перед посещением дискотеки или перед свиданием с девушкой и т. д.).

Фактически вопрос о том, когда появляется алкогольная потребность при бытовых формах пьянства, сводится к разграничению понятий действия и деятельности, точнее, к переходу первого во вторую. Если активность, направленная на поиск, приобретение и употребление спиртных напитков, может быть обозначена как самостоятельная деятельность, то должна быть отвечающая этой деятельности потребность. Если эта активность есть лишь действие в структуре деятельности иной направленности, то нет и самостоятельной потребности в алкоголе. Она остается только условием реализации другой потребности.

Напомним, что под действием понимаются процессы, направленные на достижение осознаваемого, предвидимого результата, т. е. цели; деятельность определяется вызвавшим ее предметом потребности.

Как в связи с этим трактовать поведение здорового человека, направленное на прием спиртного, — как деятельность или только как действие?

Очевидно, ответ на этот вопрос не может быть однозначным — это и то, и другое на разных этапах развития алкогольной привычки.

На ранних этапах алкоголизации, когда выпивки бывают редкими (1—2 раза в месяц), небольшими и в случаях, регламентированных обычаями, спиртные напитки принимаются для улучшения реализации других потребностей (в качестве эмоционального фона для праздничного действия, для облегчения общения). Здесь употребление спиртного не самостоятельная цель, оно подчинено другой, более общей, цели (проведение праздника, чествования юбиляра и т. д.) и поэтому должно рассматриваться как действие в структуре другой деятельности. Иными словами, потребности в алкоголе на данном этапе еще нет, опьянение в этих случаях помогает реализации другой личностной потребности.

По мере повторения ситуации прием алкоголя, выполняющий функции условия, закрепляется. Рост эйфоризирующего эффекта спиртных напитков обуславливает увеличение гедонистического эффекта при удовлетворении данной потребности в условиях приема алкоголя.

При этом позитивный эмоциональный радикал, связанный непосредственно с удовлетворением любой потребности, редуцируется. Без опьянения реализация данной потребности уже не приносит того удовлетворения, которое приносила раньше. Более полное удовлетворение личностных потребностей при употреблении алкоголя сопровождается более выраженным гедонистическим эффектом, что приводит к росту этих потребностей, их перемещению вверх по иерархической лестнице потребностей и мотивов личности.

В последующем изменяется соотношение гедонистических эффектов. Интенсивность позитивного эмоционального эффекта от выполнения условия становится равной, а затем превышает аналогичный эффект удовлетворения самой потребности. Смену гедонистических эффектов можно считать зарождением алкогольной потребности. Исходная потребность перестает быть самостоятельной и сама делается условием реализации потребности в алкоголе. В последующем, по мере роста алкогольной потребности и редукции ее исходного носителя, роль условия все больше сокращается и, наконец, утрачивается. Однако, на конечных этапах трансформации исходная потребность начинает приобретать новые функции — функции псевдомотива, выполняя роль «маски» алкогольной потребности (встреча с приятелем, которая, кроме выпивки, уже ничем другим не сопровождается; сексуальное общение, которое исчерпывается приемом спиртного; «просмотр» театральной премьеры в буфете и т. д.). Эта функция в обыденной жизни обозначается термином «повод» (рис. 6). Деятельность по реализации алкогольного эксцесса при этом упрощается и теряет опосредованный характер.

В последующем алкогольная потребность может менять «маску», присоединяясь к другой потребности. Так, если приемом алкоголя раньше сопровождалось удовлетворение эстетических потребностей (посещение театра, общение с людьми искусства), то со временем эстетические потребности угасают, стираются мощным эйфоризирующим действием алкоголя.

Театры и выставки становятся скучными, неинтересными. Одновременно склонности человека смещаются и сосредоточиваются на других вопросах, например на трудовой деятельности. Его захватывают производственные процессы. Формируется группа единомышленников, которая, задерживаясь после работы, обсуждает производственные проблемы. Обсуждение сопровождается выпивкой. В последующем, по мере учащения «сборов», производственная тематика все более и более отходит на задний план, все чаще используется только как повод собраться. Это сопровождается снижением потребности в труде, она стирается все возрастающей алкогольной потребностью.

В дальнейшем алкогольная потребность может присоединиться к другим основным потребностям личности. Эволюция при этом сохраняет свои закономерности, но ускоряется.

Таким образом, общие закономерности трансформации потребности, одним из условий реализации которой становится прием алкоголя, сводятся к следующему.

1. Более полное удовлетворение сопровождается возрастающим гедонистическим эффектом, что приводит к росту потребности, перемещению ее вверх по иерархической лестнице.

2. Рост потребности сопровождается расширением, разветвлением и дифференцировкой (обогащением) деятельности по ее удовлетворению. Она становится многоэтапной (опосредованной). Это в свою очередь способствует дальнейшему росту потребности, а роль условия постоянно возрастает. Потребление алкоголя становится все более облигатным. Без него базисная (исходная) потребность удовлетворяется в меньшей степени.

3. Смена гедонистических эффектов; ее можно считать моментом появления алкогольной потребности. Исходная потребность перестает быть самостоятельной потребностью и сама занимает место условия реализации потребности в алкоголе, выполняя роль ее прикрытия. Это условие в обыденной жизни приобретает форму повода. Так, встреча друга, которая всегда ассоциировалась с удовлетворением потребности в общении, становится поводом для алкогольного эпизода, где само общение занимает достаточно скромное место.

4. В последующем наблюдаются перестройка деятельности, упрощение ее структуры. При этом деятельность, связанная с реализацией исходной потребности, редуцируется. Деятельность по удовлетворению алкогольной потребности становится более прямолинейной (неопосредованной).

5. Исходная потребность практически полностью редуцируется, однако она сохраняется личностью как псевдомотив (версия), приобретая форму повода для выпивки. На этом этапе то, что осталось от исходной потребности, используется личностью для объяснения (оправдания) пьянства и поэтому приобретает защитные функции.

Психологическая трактовка повода может быть различной. Повод можно понимать и в вышеприведенном смысле — как редуцированную потребность, ставшую условием реализации

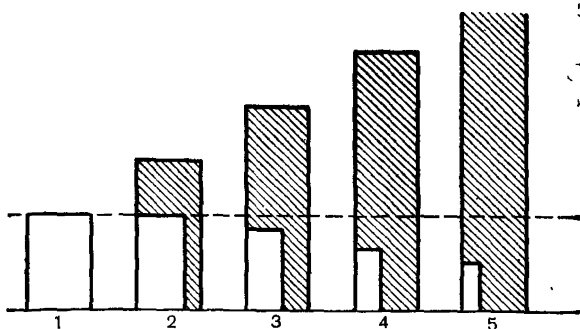


Рис. 6. Трансформация неалкогольной потребности в алкогольную (светлые столбики — неалкогольная потребность, заштрихованные — алкогольная потребность).

1 — исходная потребность; 2 — прием алкоголя является условием более полной реализации исходной потребности; 3 — изменение соотношения гедонистических эффектов, возникновение потребности в алкоголе; 4—5 — редуцирование исходной потребности, превращение ее в псевдомотив (повод).

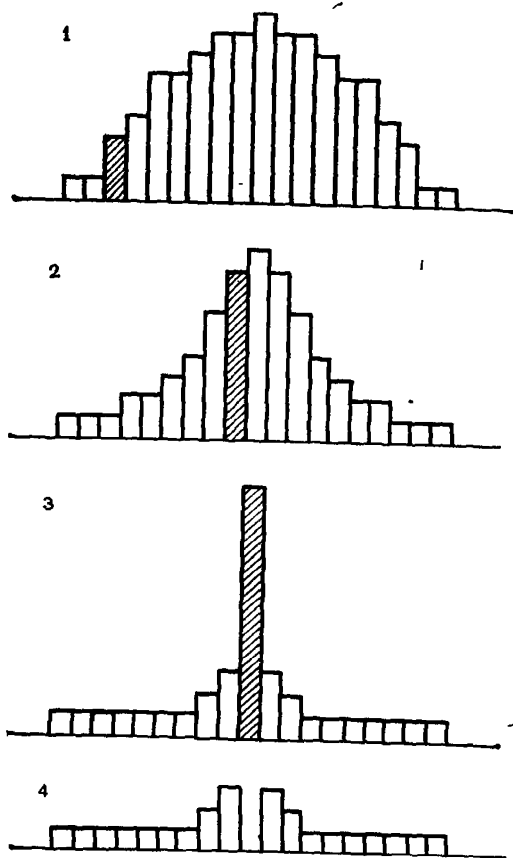


Рис. 7. Изменение структуры потребностей и мотивов личности при злоупотреблении алкоголем и на ранних этапах алкоголизма (мотивационное поле). Косой штриховкой обозначена алкогольная потребность.

1 — исходная структура потребностей и мотивов личности; 2 — структура потребностей и мотивов личности при злоупотреблении алкоголем; 3 — структура потребностей и мотивов у больных алкоголизмом; 4 — структура потребностей и мотивов личности у больных алкоголизмом после лечения.

потребности в алкоголе. В этом плане чем больше поводов для алкогольного эпизода, тем больше личностных потребностей вовлечено в сферу деятельности по удовлетворению потребности в алкоголе и редуцировано до уровня условия. Повод можно понимать и как феномен психологической защиты, о чем подробно сказано ниже.

Интенсивность возникающей алкогольной потребности не значительна, она занимает довольно скромное место в иерархической структуре потребностей и мотивов личности. Ее можно отнести к второстепенным, необязательным потребностям, она практически не влияет на структуру личности (рис. 7,1). Дальнейшее развитие алкогольной потребности есть процесс изменения взаимоотношений между второстепенной алкогольной потребностью и основными потребностями личности.

Понимание структуры личности как иерархической системы потребностей и мотивов дает возможность выделить несколько механизмов доминирования алкогольной потребности.

Эволюционный механизм. По мере повышения интенсивности эйфоризирующего эффекта спиртных напитков происходит рост алкогольной потребности, которая из второстепенной, дополнительной, потребности вначале становится конкурирующей (конкурируя с основными личностными потребностями), а затем доминирующей. При этом другие личностные потребности синхронно регрессируют, подавляются и вытесняются алкогольной потребностью. Злоупотребление спиртными напитками, являясь одновременно причиной и следствием роста алкогольной потребности, приводит к деформации личности, изменению структуры ее потребностей и мотивов.

Деструктивный механизм. Разрушение личностной структуры, вызванное какими-то психотравмирующими факторами, крахом личности, сопровождается изменением ее ценностной ориентации. Значение прежде доминирующих потребностей при этом снижается. Второстепенная алкогольная потребность в этих условиях может неожиданно стать доминирующей, основным смыслообразующим мотивом деятельности. Этот механизм доминирования наблюдается при глубоких душевных потрясениях и определяет название «горький пьяница» (пьяница с горя).

Третий механизм возникновения доминирующей алкогольной потребности связан с изначальной аномалией личности. Можно выделить 3 варианта этих аномалий:

— при аморфной личностной структуре со слабо выраженными иерархическими отношениями в системе потребностей и мотивов любая сколько-нибудь значимая потребность быстро становится доминирующей; систематическое употребление спиртных напитков, вызванное другими, например социальными, факторами, у лиц этой группы приводит к возникновению алкогольной потребности, которая на фоне неразвитых личностных потребностей сразу становится ведущей;

— при недостаточности внутреннего контроля неполная интернализация групповых норм, в том числе и алкогольных, не позволяет индивиду выработать внутренние формы контроля; злоупотребление спиртными напитками в этих случаях возникает в ситуациях ослабленного социального (внешнего) контроля; если такие ситуации часты, то формирующаяся алкогольная потребность становится доминирующей;

— при аномалии микросреды искаженные групповые нормы формируют аномальные алкогольные установки личности (злоупотребление спиртными напитками, асоциальное поведение являются нормой).

Уже на этапах систематического и привычного пьянства алкогольная потребность возрастает в своем ценностном ранге и выступает уже как конкурирующая с основными потребностями личности. Конкурирующая алкогольная потребность все еще остается среди непатологических образований, поскольку основная структура личности при этом сохраняется, хотя уже наблюдается некоторая ее деформация — изменение ценностных ориентаций, стирание характерных для нее установок, изменение направленности деятельности (см. рис. 7,2).

Клинической проекцией алкогольной потребности конкурирующего типа является периодическое появление мыслей о желательности выпивки. При сохранности критики желание выпить без труда подавляется, оставляя легкое чувство неудовлетворенности. В ряде случаев подавление оказывается несовершенным и желание возвращается, становясь навязчивым.

В дальнейшем продолжающееся пьянство приводит к тому, что ведущие потребности личности, составляющие ее основу

(ядро), разрушаются (см. рис. 7;3): Алкогольная потребность становится доминирующей потребностью личности, а достижение состояния опьянения — единственным смыслообразующим мотивом деятельности¹. Доминирующая алкогольная потребность уже патологическая, она свидетельствует о возникновении заболевания. Ее рассмотрение выходит за рамки обсуждаемого круга вопросов.

Таким образом, механизм возникновения алкогольной потребности при бытовых формах пьянства универсален. Развитие потребности в алкоголе проходит 3 этапа: дополнительной, конкурирующей и доминирующей потребности, определяя 3 качественно различных типа потребления спиртных напитков.

Рост алкогольной потребности при бытовых формах пьянства имеет принципиальное значение. Развитие алкогольной потребности, как и всякой другой, сопровождается усилением негативного эмоционального радикала в периоде ее зарождения; переключением деятельности на удовлетворение возникшей потребности, при этом интенсивность деятельности будет прямо зависеть от выраженности потребности; усилением позитивного эмоционального радикала при удовлетворении этой потребности; затруднением подавления алкогольной потребности собственными возможностями индивида по мере роста ее интенсивности.

Темп развития алкогольной потребности определяется:

- структурой личности, интенсивностью основных личностных потребностей и мотивов, четкостью их иерархических отношений;

- характером процессов социализации, полнотой усвоения личностью морально-этических норм общества в целом и данной социальной группы в частности, их значимостью для личности;

- соответствием алкогольных установок личности групповым алкогольным нормам;

- предпочтительным для данной личности способом решения внутреннего конфликта.

Чем интенсивнее личностные потребности, чем они разнообразнее, чем более четко выражены их соподчиненные отношения, доминирование высших потребностей и мотивов над низшими, тем с большим трудом развивается алкогольная потребность, тем большее сопротивление она испытывает, пробивая себе дорогу по иерархической лестнице. Иными словами, темп развития алкогольной потребности обратно пропорционален степени структурированности личности. В то же время чем полнее человек усваивает культуру общества, его моральные ценности, обычаи и привычки, чем более интимно они связываются с личностью, становятся ее частью, тем значимее они для чело-

¹ Под доминирующей потребностью понимается потребность, которая чаще других определяет направленность деятельности человека.

века и тем интенсивнее личностный конфликт, возникающий при их нарушении, при выходе поведения за пределы групповых норм. Интенсивность личностного конфликта в свою очередь определяет коррекцию поведения. В некоторых случаях нарушения процессов социализации сопровождаются формированием искаженных представлений о морально-этических нормах, в том числе и девиантных алкогольных установок. Нарушение групповых норм в таких случаях, не входя в противоречие с личностными установками, не вызывает внутреннего конфликта и не приводит к коррекции поведения. В зависимости от ряда условий решение конфликта может идти либо по пути коррекции поведения, возвращая его к соответствию с морально-этическими нормами, либо по пути формирования психологических защитных механизмов, позволяющих сохранить прежний рисунок поведения.

Подводя итог этому разделу, необходимо еще раз подчеркнуть, что употребление спиртных напитков на начальных этапах формирования алкогольной привычки может быть двояким. В подавляющем большинстве случаев это действие в цепи других действий, лежащих на пути реализации основной личностной потребности. Иногда прием спиртных напитков сразу становится самостоятельным мотивом деятельности.

Систематический прием алкоголя формируется на базе подражания (ориентация на референтную группу). Усвоение групповых норм выступает здесь как символ, как знак приобщения к группе. Такой механизм алкоголизации и возникновения алкогольной потребности часто наблюдается у подростков, у молодых людей при вступлении в трудовую жизнь. Необходимость адаптации к новым условиям заставляет усваивать принятые в микросреде нормы и правила, в том числе и в части употребления спиртных напитков. Действия, связанные с приемом алкоголя, на этом этапе не самостоятельны, а включены в структуру деятельности по удовлетворению других, более важных, потребностей личности.

По мере формирования алкогольной привычки возникает потребность в алкоголе. На этом этапе она незначительна и второстепенна.

Однако это уже потребность в полном понимании этого слова, имеющая свой мотив, сопровождающаяся деятельностью, обусловленной этим мотивом. Если этот процесс соотносить с развитием бытового пьянства, то появление алкогольной потребности и связанной с ней деятельности соответствует этапу умеренного употребления спиртных напитков. В более четком виде алкогольная потребность проявляется при систематических и привычных формах пьянства.

Необходимо отметить, что в ряде случаев алкогольная деятельность формируется сразу. Конечным предметом деятельности в этом случае становятся прием спиртных напитков и наркотический эффект. Этот вариант формирования алкогольной

потребности наблюдается при выраженной установке на прием алкоголя и отсутствии тормозных установок. У этих лиц эйфорирующий эффект быстро становится выраженным. Пьянство сразу приобретает осложненные формы (тяжелое опьянение, опохмеление без похмельного синдрома, ситуационные псевдозапой, асоциальное поведение).

Возникновение алкогольной потребности на определенных этапах злоупотребления алкоголем принципиально важно. Во-первых, оно свидетельствует о том, что алкогольная потребность не обязательно ассоциируется с заболеванием, а следовательно, не всегда бывает патологической. Во-вторых, удовлетворение алкогольной потребности, как любой непатологической потребности, должно сопровождаться появлением позитивного эмоционального радикала и прекращением деятельности в этом направлении. Именно это и наблюдается при употреблении алкоголя, когда после приема определенного количества спиртного дальнейшее его употребление замедляется, а затем прекращается. Клинической проекцией этого феномена является симптом насыщения (подробнее см. ниже). В-третьих, удовлетворение непатологической алкогольной потребности возможно в сложившихся формах.

Описанные явления выполняют важную симптомообразующую функцию. Так, усиление негативного эмоционального радикала в периоде возникновения алкогольной потребности определяет появление вначале чувства неудовлетворенности, а затем, при ее опредмечивании, желания выпить. Это еще не влечение к алкоголю в том смысле, в каком мы его определяем, это желание еще может не реализоваться, но, несомненно, является зародышем влечения. Желание выпить может быть подавлено, но оставляет легкое чувство неудовлетворенности.

Трудности подавления возникшей потребности могут обуславливать обязательность алкогольного эпизода. Невозможность получения позитивного эмоционального радикала при частичном удовлетворении алкогольной потребности будет определять тяжесть опьянения. Усиление позитивного эмоционального радикала при удовлетворении алкогольной потребности — безусловное подкрепление — формирует привычку к употреблению спиртных напитков.

ГЛАВА 9

ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ПЬЯНСТВА. ЛИЧНОСТНЫЙ КОНФЛИКТ. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА

Если употребление спиртных напитков не соответствует алкогольным установкам и выходит за рамки приемлемых личностью форм поведения, то возникает личностный конфликт. Личностный конфликт есть тот механизм, который обеспечива-

ет коррекцию поведения, его возвращение в рамки алкогольных установок.

Однако коррекция поведения не всегда возможна. Когда потребность в алкоголе по тем или иным причинам приобретает достаточную выраженность, изменение поведения становится затруднительным, травматичным для личности. В этих случаях разрешение конфликта возможно с помощью различных психологических защитных построений, которые позволяют сохранить прежние формы поведения.

Личность человека имеет специфические механизмы защиты. Они включаются при возникновении внутреннего конфликта (несоответствие между «я» и ролевым поведением, при получении информации, не соответствующей представлению о себе, при нарушении групповых норм и правил). Возникновение внутреннего конфликта сопровождается сильным эмоциональным напряжением. Если разрешение конфликта невозможно путем изменения поведения или представления о себе, то напряжение снимается с помощью механизмов защиты и компенсации.

Защита является одной из форм приспособительных реакций индивида. Возникающий механизм не представляет собой изначальную сущность индивида, а вырабатывается вследствие взаимодействия с окружающей средой. Защита позволяет удержать желание и обойти опасность. Защитные механизмы стоят как бы между потребностью и удовлетворением, т. е. в каком-то смысле становятся параллелью нереализуемой мотивации.

Психологическая компенсация — это система психологических приемов и механизмов личности, позволяющих относительно успешно осуществлять самоактуализацию в условиях, осложняющих этот процесс.

Описанию клинических проекций психологических компенсаторных механизмов посвящена обширная литература. Однако вопросы типологии разработаны недостаточно и к тому же зачастую с не удовлетворяющих нас позиций.

Вопросы психологической защиты при алкоголизме остались практически не разработанными. В то же время трудно назвать другую болезнь, где личность так непосредственно участвует в формировании клинической картины. Вопросы стабилизации «я» в этих процессах играют не последнюю роль.

Расширение диапазона приемлемости. Изменение алкогольных установок делает приемлемым все более интенсивное пьянство и идет параллельно росту фактической алкоголизации соответствующих возрастных групп. Можно предположить, что расширение диапазона приемлемости — следствие усиления алкоголизации и в этом плане выполняет защитные функции.

Возникающий личностный конфликт вначале приводит к временному свертыванию пьянства, приведению его в соответствие с установками. Однако повторяющиеся случаи выхода

за границы приемлемости в конце концов вызывают расширение диапазона, и алкогольные установки приводятся в соответствие с фактической интенсивностью пьянства. Случаи глубокого опьянения, аномального поведения теперь не вступают в противоречие с установками личности и не вызывают внутреннего конфликта.

Расширение диапазона приемлемости зависит от многих моментов, прежде всего от четкости и устойчивости выработанных в процессе жизни алкогольных установок, стабильности личности вообще и общей ориентации, т. е. от общественных, административных, семейных форм коррекции поведения.

Расширение диапазона приемлемости как следствие изменения алкогольных установок личности не может не иметь клинической проекции.

Частичное удовлетворение алкогольной потребности встречается наиболее часто и должно рассматриваться как естественная реакция личности на развитие алкогольной привычки. Интернализация социального опыта, условий микросреды формирует определенные установки личности. Выход за рамки этих установок вследствие развивающейся алкогольной привычки приводит к свертыванию алкогольдобывательной деятельности, ограничению количества потребляемого спиртного.

Можно выделить два способа свертывания алкогольдобывательной деятельности. В первом случае индивид сознательно ограничивает свои желания, и цель достигается только частично (частичное удовлетворение потребности). Повторение этой ситуации приводит к редукции потребности, снижению ее напряженности. Во втором случае индивид путем прогнозирования поведения окружающих определяет ситуации, наиболее вероятно приводящие к выпивке, уклоняется от них.

Эти механизмы свертывания алкогольдобывательной деятельности довольно распространены. По нашим данным, 34% мужчин и 27% женщин вынуждены ограничивать количество спиртного, что сопровождается неполным удовлетворением потребности в алкоголе. В этом случае субъект осознает цель, понимает ее неуместность и сознательно подавляет в себе возникшее желание. Парциальное удовлетворение алкогольной потребности — несовершенный метод защиты, так как в любой момент возможен прорыв установки и переход к реализации цели. По механизму действия он близок к супрессии.

Вытеснение (подавление, репрессия) — один из наиболее распространенных и трудно фиксируемых механизмов защиты при бытовых формах пьянства, реализуется на подсознательном уровне, когда индивид не осознает содержание вытесненного. Вытеснение заметно при разговорах на алкогольные темы (оживление, выраженная мимическая реакция). Вытесненные тенденции также проявляются в «алкогольных» ассоциациях, соскальзывании на алкогольные темы, выборе друзей. Описанный И. Я. Завилянским (1956) мимико-вкусовой реф-

лекс — непроизвольное оживление мимики, появление улыбки, слюноотделения, глотательных движений при упоминании о спиртных напитках — одно из проявлений вытеснения.

Механизмы вытеснения слабые, и потребность реализуется при малейшей возможности. Действия, направленные на удовлетворение алкогольной потребности, совершаются на подсознательном уровне в виде «короткого замыкания». Их осознают позже, когда действие уже совершено.

Перцептивная защита — основной механизм психологической защиты при бытовых формах пьянства.

Каждый человек соотносит информацию о себе, получаемую от других, со сформированным ранее представлением о самом себе. Он стремится сохранить сложившееся мнение. Если это мнение чем-нибудь поколеблено, то возникает тревожное состояние и восприятие информации изменяется так, чтобы предотвратить осознание угрожающей информации [Кон И. С., 1978].

В самом общем виде перцептивная защита всегда предполагает некоторое искажение в канале восприятия, в результате которого конечный воспринимаемый образ принимает форму, «окраску», внутренний смысл, не наносящие индивиду травмы. Возможно несколько вариантов перцептивной защиты, имеющих отношение к рассматриваемой проблеме [Савенко Ю. С., 1974].

Игнорирование пьянства — неприятие учащения выпивок. В этом случае субъект отрицает восприятие объекта, а следовательно, и существование конфликта. Это позволяет продолжать деятельность при сохранении стрессора, человек «проходит сквозь ситуацию», не замечая ее. Если окружающие, близкие указывают на чрезмерность алкоголизации, то человек им не верит, объясняя такую позицию необъективностью, повышенной требовательностью, утрированным беспокойством за его здоровье. Он просто «не замечает», что пьет чаще и больше других. Высказывания родственников, сослуживцев, друзей не фиксируются, пропускаются мимо.

Эта форма очень характерна для систематически пьющих, привычных пьяниц, а также для начальных этапов алкоголизма. Вероятно, механизмы перцептивной защиты играют определенную роль в возникновении столь свойственного начальным стадиям алкоголизма феномена алкогольной анозогнозии, когда любая информация, свидетельствующая о чрезмерном пьянстве, человеком не воспринимается.

Перцептивная оценочная деформация — форма искажения восприятия окружающего, когда субъект видит только то, что ему нравится, согласуется с его мнением и системой ценностей. Может проявляться в нескольких вариантах:

— сдвиг акцентов, переоценка событий в лучшую сторону. Клинической проекцией этого механизма является феномен деактуализации пьянства — уменьшение или полная утрата лич-

ностной реакции на чрезмерное пьянство. То, что раньше вызвало бы внутренний протест личности, теперь воспринимается спокойно («сильно напился — ну и что в этом такого?» «Попап в медвытрезвитель — со всяким бывает.»). Несколько лет назад человек глубоко переживал бы подобную ситуацию. Брутальное поведение в состоянии опьянения не вызывает внутреннего протеста, приемлется как нечто обыденное. Человек не скрывает эпизоды пьянства, а как бы не придает им значения. Сдвиг акцентов тесно связан с механизмами изменения алкогольных установок и появляется тогда, когда дальнейшее расширение диапазона приемлемости становится невозможным;

— парциальная перцепция — из окружающего «вырезается» тот участок, который согласуется с личностными установками индивида. Индивид фиксирует и удерживает в памяти выпивки с участием окружающих. У такого человека все кругом пьяницы. Он усиленно подчеркивает, что пьют все, охотно, в деталях с явным удовольствием рассказывает о том, как тот или иной знакомый здорово напился, о том, как пьет сосед. Фольклорные выражения, вроде «Кто сейчас не пьет? Курица — и та пьет!», наглядно отражают этот механизм.

По данным проведенного нами опроса, перцепция и самоперцепция играют значительную роль в регуляции потребления спиртных напитков. Так, укоры совести на следующий день после выпивки периодически испытывают 49% мужчин и 29% женщин. Число лиц, испытывающих укоры совести, хотя и увеличивается с возрастом, достигая максимума к 40 годам, но не так интенсивно, как алкоголизация. В группе привычно пьющих, где алкоголизация максимальная, оно даже снижается. Синхронно с этим число лиц, считающих, что их близкие правы, возражая против пьянства, сокращается с 38,8% в возрасте до 20 лет до 18,8% в возрасте 30—39 лет, что на фоне возрастающей алкоголизации свидетельствует об искажении процессов перцепции и самоперцепции. В 40—49 лет происходит перелом, и число лиц, позитивно оценивающих мнение семьи, скачкообразно нарастает.

К этому механизму перцептивной защиты (по клиническим проявлениям, но не по механизмам формирования) близка проекция, в частности, ее агрессивный вариант. Для защиты индивид ищет худших, чем «я»: «Разве я пью? Вот Петька, так тот домой сам после полочки не приходит! А в медвытрезвителе сколько раз был?» Это довольно частый механизм защиты при систематическом и привычном пьянстве.

Проекционные тенденции проявляются не только на вербальном уровне, но и в поведении. Такие люди вольно или невольно спаивают окружающих. Как правило, такие люди сторонники пьянства «на равных». Трезвый в группе — это молот, разрушающий здание объяснительной системы.

Алкогольные установки изменяются довольно рано. Еще на доболезненных этапах в случаях систематического и привычно-

го пьянства довольно четко расширяется диапазон приемлемости, возникают явления перцептивной защиты, акцентировки, проекции. Однако наибольшего развития они достигают в случаях заболевания (алкоголизм с нарастающей толерантностью).

Другой признак наблюдается далеко не всегда, но его появление весьма симптоматично. Это **формирование противоположной реакции**, выражающейся в агрессии. Противоположная реакция формируется тогда, когда негативные алкогольные установки, сдерживавшие пьянство, редуцируются и появляется «железная» установка на продолжение пьянства, при этом расширение диапазона приемлемости практически ничем не ограничено. Человек активно отстаивает право на свой образ жизни, пусть отличный от других, отказывается подчиниться общепринятым нормам, при необходимости прибегая к агрессии: «Вы заставляете меня не пить, так я буду пить назло, из принципа», «Я не нуждаюсь в ваших советах и сам знаю, что нужно делать» (феномен «отрицательного усиления», по терминологии западных авторов, — человек продолжает пить, несмотря на всеобщее осуждение, противопоставляя себя окружающим).

Вначале поведение бывает агрессивным только в состоянии опьянения, как реакция на давление окружающих. В дальнейшем агрессия появляется и у трезвого, выявляя заканчивающийся процесс трансформации алкогольных установок (формирование стойкой установки на продолжение пьянства). Этот механизм лежит в основе большинства семейных конфликтов, связанных с пьянством.

Необходимо различать агрессию как реакцию личности на попытки окружающих ограничить пьянство и агрессию как результат снятия алкоголем тормозных влияний с реализацией агрессивных тенденций. В первом случае агрессия строго избирательна не только в своем объекте, но и в мотиве — агрессивные действия направлены лишь на людей, прямо или косвенно препятствующих пьянству, и ограничивается этим поводом. Достаточно объекту агрессии уступить, снять свои требования, как агрессия угасает. Во втором случае агрессия диффузна и вначале не имеет психологического содержания (объекта). Объект появляется позднее и часто бывает случайным. Этот вариант агрессии не исчезает без реализации.

Важную роль в формировании защиты личности при алкоголизме играют **механизмы рационализации** — форма мышления, которой свойственны специфическая фильтрация («просеивание»), отбор данных в соответствии с личностными желаниями, гарантирующий удобное, нужное в данный момент заключение.

Из различных вариантов рационализации наиболее важна мотивационная рационализация (концептуализация). Это построение концепции, с точки зрения личности удовлетворительно объясняющей ситуацию. Человек приводит различные доводы для оправдания своего поступка, разрабатывает доказа-

тельства необходимости цели. Общим для всех этих построений является то, что действительный мотив поведения скрыт и заменяется псевдомотивом (версией).

Одно из наиболее типичных проявлений рационализации при бытовых формах пьянства — формирование так называемой **объяснительной системы**. Потребность в ней возникает тогда, когда расширение диапазона приемлемости отстает от усиления пьянства. Несоответствие между алкогольными установками и потребностью в алкоголе приводит к личностному конфликту, который грозит личности потерей самоуважения и дискредитацией «я». Для сохранения стабильности «я», для снятия внутреннего напряжения формируется объяснительная система, которая дает «рациональное», «логическое», объяснение как единичных случаев пьянства, так и системы в целом («система алиби», по терминологии западных авторов).

Первым элементом объяснительной системы является повод, о котором уже упоминалось выше. Система поводов служит по существу попыткой построения оправдательной индивидуально-психологической концепции.

Для того чтобы не слыть пьяницей, каждую выпивку нужно объяснить, мотивировать. Выдвигаются «высшие» доводы необходимости выпить: встреча с друзьями, получение зарплаты, премии, отпуск сотрудника, дни рождения, приближение праздников и др. При этом человек бывает достаточно искренен. Такие моменты отражают уже сложившийся стереотип поведения. Со временем круг ситуаций, сопровождающихся выпивкой, расширяется. В конце концов поводы для выпивки начинают возникать каждый день и даже наслаиваются друг на друга. Наивысшим развитием этой объяснительной системы становится концепция эксквизитной ситуации, стечения обстоятельств. Поводов для того, чтобы выпить, настолько много, что в создавшейся ситуации воздержаться просто невозможно.

Мотивационная рационализация, вероятно, связана с общими принципами взаимоотношений установок и мотивов и может быть выражена «механизмом исключения мотивов», описанным К. Обуховским (1972).

Установки человека определяют как его действие в данной ситуации, так и обоснование этого действия. Установки автоматически исключают все мотивы, противоречащие одной из них или большей их части, оставляя только мотивы, допустимые с точки зрения личности.

Механизм исключения мотивов, несомненно, сложный и его действие иногда более, иногда менее осознано. Он может иметь те или иные формы в зависимости от ситуации, от того, какие в данном случае действуют установки, от умственного развития человека, его общественных отношений, той роли, которую он играет в группе, и требований, предъявляемых окружающими.

Мотив можно определить как формулировку средств и целей действия, находящуюся в соответствии или в минимальном про-

тиворечии со всеми установками, связанными с ситуацией [Обуховский К., 1972].

Содержание мотива складывается из двух элементов: программы и цели деятельности (то, к чему должна вести реализация программы). Цель и программа должны быть тесно связаны, так как программа — это уточнение средств, с помощью которых может быть достигнута цель. В этом смысле мотив направляет и контролирует деятельность человека.

Однако на практике эта увязка не всегда выполняется. Часто можно заметить (особенно у больных неврозами, алкоголизмом), что программа, заключенная в мотиве, не может обеспечить достижение цели, заданной этим мотивом. Более того, она нередко противоречит этой цели.

Это особенно хорошо видно при анализе конфликтных ситуаций: вербально формулируются цели, не соответствующие истинным. К. Обуховский назвал это явление «защитным мотивом».

Защитный мотив — это такой мотив, в котором реальная цель подменена «официальной версией», необходимой для сохранения требуемого решения. Эта версия важна, так как благодаря ей деятельность сохраняет видимость рационализации, что позволяет реализовать программу.

Постановка в мотиве ложной цели при сохранении старой программы позволяет человеку продолжить ту деятельность, к которой он наиболее склонен.

К. Обуховский выделяет следующие критерии защитного мотива: содержание цели находится в логическом противоречии с содержанием программы; программа логически не противоречит цели, но связана с ней только частично; деятельность негибкая и выливается в полную неспособность делать выводы из практики (некритичность).

Все эти 3 компонента присутствуют в защитном алкогольном мотиве. Внешние причины начинают играть роль поводов и превращаются в защитный мотив, дающий логическое объяснение поступку. Истинный мотив — возникающая потребность в алкоголе — подменяется внешним поводом.

В процессе возникновения и развития алкогольной привычки защитный мотив необходим, так как он позволяет личности принять такие формы деятельности, которые направлены на достижение целей, противоречащих убеждениям личности, нарушающих самоуважение или идущих вразрез с общественной моралью.

Фактически вся объяснительная система при алкоголизме — не что иное, как глобальный защитный мотив. Можно выделить защитные мотивы частичные, рационально объясняющие причины именно данной выпивки, и общие, постулирующие пьянство как стиль жизни.

Система поводов начинает закладываться еще задолго до формирования болезни у систематически пьющих и привычных

пьяниц. Наибольшего развития она получает в I и II стадиях алкоголизма. Это соответствует клиническим данным.

Большинство больных алкоголизмом впервые обращаются к наркологу уже во II стадии заболевания [Качаев А. К., 1971; Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1972]. А. Л. Нелидов (1977), изучавший формирование внутренней картины болезни (в понятии Р. А. Лурия) у больных алкоголизмом, констатирует, что симптоматика болезни представляется больным более мягкой, стертой, чем стороннему наблюдателю. Больные относят свое состояние как бы к более ранней стадии болезни; чем «моложе» болезнь, тем аморфнее и бледнее представление о ней больного. Максимального соответствия внутренняя картина болезни достигает лишь на рубеже II и III стадий.

Когда пьянство очевидно усиливается и это уже не удастся игнорировать или как-то рационально объяснить, наступает критический момент. В дальнейшем процесс может идти двумя путями.

Если человек продолжает не допускать в сознание мысль о чрезмерности пьянства и заболевании, то, как правило, происходит постулирование установок на продолжение пьянства (так называемая железная установка — «пил и буду пить») и формирование противоположной реакции — агрессия при любых попытках ограничить пьянство.

Последующее развитие этого варианта связано с формированием глобального защитного мотива. Когда никакими доводами уже невозможно объяснить систематическое пьянство, возникает защитный мотив универсального типа, постулирующий пьянство как жизненный стиль («жизнь пропадающая»). Человек уже не предпринимает никаких попыток к свертыванию пьянства, так как заранее уверен в их неудаче.

Если индивид признает чрезмерность последних эпизодов пьянства (естественно, с оговорками) с выставлением ряда оправдательных причин, то пытается свернуть пьянство, начиная с зарок, обещаний (самому себе или окружающим) прекратить пить. На первых порах обещания и зарок могут приводить к временному свертыванию пьянства, но затем опять появляется «стечение обстоятельств» и возникает новый эксцесс.

Каждый новый срыв рождает раскаяние и еще большую решимость «завязать», покончить с пьянством. Однако эта решимость улетучивается по исчезновении токсических и абстинентных явлений. Период стабильности и благополучия рождает иллюзию полного здоровья и возможности контролируемого употребления алкоголя («что я, не такой, как все?»). Эта иллюзия притупляет бдительность и подготавливает почву для очередного срыва. Мысль о возможности заболевания не допускается в сознание (вытесняется). Светлые промежутки со стабилизацией состояния становятся исчерпывающим доказательством того, что «я могу не пить». Выпивка всякий раз находит очередное ра-

циональное объяснение (встреча друга, покупка, праздники и т. д.).

Признание, даже частичное, чрезмерного пьянства рождает чувство вины, которое в свою очередь формирует **«искупительное», экспиативное поведение**. Общество, окружающие относятся к человеку осуждающе и даже враждебно. Он чувствует себя виновным перед всеми и стремится сгладить, искупить свою вину тщательным выполнением всех требований. Такие люди в трезвом виде подчеркнуто вежливы, предупредительны, иногда даже угодливы, исполнительны, с энтузиазмом берутся за любую работу. Именно формирование искупительного поведения лежит в основе мифа о том, что все больные алкоголизмом — **«прекрасные люди»**. Они вынуждены быть **«прекрасными»**. Поведение человека строится так, чтобы восстановить свой авторитет в глазах окружающих, избавиться от происшедшей компрометации. Это качество больных делает их **«нужными людьми»** на некоторых предприятиях: за прощенный прогул они работают сверхурочно, что называется **«за семерых»**.

На скорое окончание борьбы мотивов указывает **симптом «последнего раза»**. Признавая, что последнее время пил чрезмерно, человек заявляет, что сегодня **«выпьет в последний раз и завяжет»**. Симптом свидетельствует об ослаблении остроты конфликта и о том, что значимость установок, направленных на свертывание пьянства, начинает слабеть.

В дальнейшем наступает кризис, вызванный крахом объяснительных систем. С одной стороны, частота и интенсивность пьянства настолько возрастают, что уже не могут найти сколько-нибудь удовлетворительного объяснения, а поведение индивида вопиюще противоречит общепринятым нормам. С другой стороны, растет давление общества, усиливаются применяемые санкции. Всякие попытки личности свернуть пьянство, ограничить его неизменно заканчиваются неудачей. Только в этой ситуации начинает выкристаллизовываться мысль о болезни — ее необходимо допустить для ликвидации противоречия между пьянством и невозможностью объяснить его с помощью защитных построений.

Последующие события могут разворачиваться различно. Если дальнейшего расширения диапазона приемлемости не происходит, а попытки свернуть пьянство систематически оканчиваются неудачей, то больной начинает искать помощи. Это в конце концов приводит его к врачу.

Если помощь со стороны не приходит, то продолжающееся пьянство вызывает глубокий кризис личности. Все возрастающий конфликт между собственным представлением о себе и информацией о себе от окружающих приводит к дестабилизации «я», утрате чувства собственного достоинства, самоуважения. Появляется ощущение раздавленности, краха, приводящее к нравственной и социальной деградации. При этом возможны элементы истероформного поведения: больные демонстрируют

глубину своего падения, выставляют его напоказ, буквально «рвут на себе рубашку».

Развитие объяснительной системы довольно четко соответствует интенсивности алкоголизации. Уже само появление защитных механизмов свидетельствует о том, что пьянство вышло за рамки алкогольных установок данной личности. Первым сигналом становятся попытки свернуть пьянство, ограничить употребление спиртного.

Защитные механизмы типа расширения диапазона приемлемости, вытеснения, перцептивной защиты, парциального удовлетворения наблюдаются как на этапах бытового пьянства, так и на начальных стадиях алкоголизма. Симптомами перцептивной защиты очень характерны для систематического и привычного пьянства, как и проективные тенденции (перенос своего пьянства на окружающих), хотя чаще они наблюдаются уже в начале алкоголизма. «Железная» установка на пьянство, формирование системы поводов и исключительных ситуаций свойственны для привычных форм пьянства, а также алкоголизма с нарастающей толерантностью.

Симптом «последнего раза» может наблюдаться как при бытовых формах пьянства, так и на различных этапах алкоголизма. Крах личности, появление глобальной объяснительной системы типа «пропащей жизни», как правило, наблюдаются на исходных стадиях заболевания.

Защитный мотив, как говорится, «шит белыми нитками» не только для окружающих, но часто и для самого больного. Однако, как это ни странно, он помогает личности сохраниться, поддерживать самоуважение и выполняет важную терапевтическую функцию.

Если защитный мотив разрушается, то происходят быстрое социальное снижение, нравственная деградация больного.

Клинической проекцией защитного мотива является не критичность к пьянству. Даже длительно злоупотребляющего спиртными напитками очень трудно убедить в том, что его пьянство стало чрезмерным.

В некоторых случаях, несмотря на интенсивное пьянство, выходящее за общепринятые нормы, защитные механизмы не включаются. Это связано с самой сутью защиты. Потребность в защите возникает при личностном конфликте, противоречии между необходимостью действовать и личностными установками (цель деятельности входит в противоречие с морально-этическими ценностями).

В ряде случаев (при аномалиях воспитания, психической патологии) усвоение личностью социально приемлемых норм алкогольного поведения не происходит и даже самое необузданное пьянство не встречает внутреннего протеста (внутренние формы контроля не выработаны). В этих ситуациях, естественно, защитные механизмы не нужны. Выработка защитных механизмов зависит от актуальности морально-этических норм и

правил: чем они важнее для личности, тем более мощная защитная система нужна при выходе за их пределы.

Реакцию личности на развивающееся пьянство можно объяснить, не прибегая к традиционным понятиям о механизмах психологической защиты, например, используя теорию когнитивного диссонанса [Festinger L., 1957]. Она исходит из того, что различные представления и установки личности, как правило, согласуются друг с другом: человеческое сознание не терпит противоречий между отдельными когнитивными элементами и стремится устранить возникающий диссонанс. В этом плане «я» означает согласованность 3 компонентов: некоего аспекта «я», интерпретации личностью своего поведения в этом аспекте и ее представления о том, как воспринимают их другие [Кон И. С., 1978].

Чтобы обеспечить такую согласованность, личность может использовать ряд приемов: искажает мнение других о себе, приближая их к самооценке, ориентируется на людей, отношение которых помогает поддерживать привычный образ «я» (нас «понимает» тот, кто судит о нас по нашим собственным критериям). Мы часто оцениваем других людей по тому, как они относятся к нам.

Механизмом когнитивного диссонанса, безусловно, можно объяснить возникновение ряда симптомов, отнесенных нами ранее к защитным механизмам, в частности трансформацию алкогольных установок (расширение диапазона приемлемости), снижение способности к критической оценке своего состояния, поведения (алкогольная анозогнозия), перцептивную защиту. Однако защитные механизмы личности при алкоголизме значительно сложнее и разнообразнее.

Кстати, некоторые клинические факты хорошо объяснимы с точки зрения сохранения устойчивости индивидуального самосознания. Так, индивид предпочитает общаться с теми людьми, чье отношение к нему наиболее близко к его самосознанию. В связи с этим часто пьющие предпочитают общаться с такими же людьми и избегают лиц с иными алкогольными установками. Это лежит в основе изменения круга общения при развитии алкогольной привычки и формирования алкогольных групп.

Социальное окружение включается в самосознание личности лишь в той мере и так, как оно воспринимается субъектом. Если отношение окружающих к субъекту расходится с его самооценкой, то личность часто искажает восприятие этого отношения. Этим можно объяснить незначительное влияние окружающих на пьяницу: их критика просто не воспринимается. Более того, сам источник такой информации дискредитируется.

Аналогичный механизм объясняет малую эффективность антиалкогольной пропаганды. Когда человеку, регулярно выпивающему 1—2 раза в неделю, сообщают на лекции о том, что алкоголь — яд, что даже небольшие его количества разрушают нервную систему, губят печень, вызывают язву желудка, эта

информация приходит в противоречие с его собственным представлением о действии спиртных напитков. Отвергаются не только эта информация, но и ее источник, а также всякие другие сведения, исходящие из этого источника. Неумело построенные лекции, беседы, неудачный плакат приносят больше вреда, чем пользы.

Защита — один из видов поведения индивида в его взаимодействии и отношениях с окружающей средой. Тот или иной вид защиты не является изначальной сущностью индивида, а вырабатывается в результате взаимодействия с окружающей средой. Иными словами, защиту данного типа порождает окружающая среда, необходимость приспособления к ней на основе тенденций, заложенных в индивиде [Шибутани Т., 1969, Савенко Ю. С., 1974].

Целесообразность защитных механизмов при алкоголизме довольно относительна. С одной стороны, они не дают дискредитировать «я», несмотря на возрастающее пьянство. Это предотвращает разрушение таких основных личностных компонентов, как самооценка, самоуважение, уровень притязаний, установки. Направленность деятельности помогает сохранить социальный статус индивида. С другой стороны, ограждая личность от внутреннего конфликта, защитные механизмы лишают человека возможности осознать происходящие с ним перемены, что, как уже говорилось, и лежит в основе алкогольной анозогнозии. «Заблокированность» сознания создает условия для длительного «спокойного» течения болезни без обращения к врачу.

ГЛАВА 10

ИЗМЕНЕНИЯ МОТИВАЦИИ ПОВЕДЕНИЯ

Мотивация как движущая сила человеческого поведения занимает ведущее место в структуре личности. Она включает в себя все виды побуждения (мотивы, потребности, интересы, стремления, цели, влечения, установки, идеалы и т. д.). В более широком смысле мотивация — это детерминация поведения вообще [Асеев В. Г., 1976].

Всякое изучение мотивационных процессов у человека есть по сути дела изучение личности в ее действии, определяемой не только прошлым опытом, но и будущим [Обуховский К., 1972].

Поведение в целом осознается и всегда направлено к определенной цели. Эта цель в свою очередь не существует изолированно, а подчинена другим, более важным, целевым установкам. В основе всякой цели лежит потребность, которая в период возникновения сопровождается отрицательными эмоциями. Стремление удовлетворить ее побуждает человека к активной деятельности, направленной на изменение реального состояния. После удовлетворения потребности деятельность выключа-

ется, и человек приходит в положительное эмоциональное состояние.

Соответственно этому выделяется побудительная и смыслообразующая функция мотива [Зейгарник Б. Ф., 1973].

У взрослого человека мотивация является многоуровневой системой, функционирующей на основе иерархических отношений. Для нее характерно доминирование высшего уровня регуляции над низшим, подавление стихийно возникающих импульсивных влечений.

Изменения мотивационной сферы при алкоголизме изучены мало. Еще А. Н. Бернштейн (1922), обследуя больных, обратил внимание на их неспособность к ограничению главного от второстепенного, «где главное упускается, а несущественные подробности выдвигаются на первый план».

Т. К. Чернаенко (1968) при экспериментально-психологическом обследовании больных алкоголизмом установлены отсутствие заинтересованности и полное безразличие к результатам обследования, отсутствие фазы предварительной ориентировки в материале и фазы планирования деятельности, неспособность выделить главное звено деятельности (отделить главное от второстепенного).

Р. Х. Газин, В. А. Жмуров (1972) указывают, что в процессе развития заболевания больные теряют способность поддерживать прочные деловые и товарищеские отношения, становятся менее обязательными.

В уже приводившихся ранее работах Б. С. Братуся (1974) эволюция мотивационной сферы у больных алкоголизмом сводится к возникновению патологической алкогольной мотивации, постепенно занимающей доминирующее положение в опредмечивании деятельности.

Изменения мотивационной сферы в процессе возникновения и развития алкогольной потребности довольно разнообразны и включают в себя нарушения как побудительной, так и смыслообразующей функции мотивов. Можно выделить снижение побудительной силы мотивов (сужение круга интересов, однообразие видов деятельности, снижение или полное исчезновение позитивного эмоционального радикала, принудительный характер деятельности) и нарушения процессов смыслообразования (рядоположенность мотивационных факторов, неустойчивость мотивационной сферы, актуализация непосредственного ситуационного влияния, невозможность долговременного планирования деятельности, возрастание роли импульсивных желаний).

Раньше всего изменяется побудительная сила мотивов. Наступает диссоциация этой функции — снижение побудительной силы основных мотивов личности на фоне возрастания побудительной силы алкогольного мотива. Смыслообразующая функция мотива в целом меняется позднее в виде трансформации мотивационных отношений: вначале деформация имеющейся иерархической структуры, затем ее деструкция. Для «исправле-

ния» и заполнения возникших дефектов личность использует различные защитные построения.

В целом эволюция личности обратна той, которая наблюдалась при становлении мотивационной сферы в детском и подростковом возрасте. Мотивационная сфера больных алкоголизмом в своей конечной форме во многом напоминает мотивационную сферу ребенка.

Эти изменения мотивационной сферы имеют непосредственную клиническую проекцию. Такие ставшие почти патогномичными симптомы алкоголизма, как утрата социально позитивных интересов, чрезвычайная нестабильность поведения, его непрогнозируемость, «безволие» и лживость больных, непосредственно связаны с рассматриваемым вопросом.

В соответствии с бытующими в психиатрии представлениями изменения мотивационной сферы можно разделить на «негативные» и «позитивные» (минус-симптомы и плюс-симптомы). К первым можно отнести клинические феномены, отражающие деформацию и деструкцию мотивационной сферы, ко вторым — формирование «алкогольных» мотивов, различных защитных построений.

Снижение побудительной силы основных смыслообразующих мотивов личности выражается в сужении круга интересов. Интересы и увлечения начинают угасать, а поддерживающие их знания — тускнеть. В жертву приносятся прежде всего высшие, эстетические, интересы, сопряженные со сложной, опосредованной деятельностью. В дальнейшем этот процесс затрагивает и другие интересы личности, даже такие базисные, как познавательный интерес, интерес к труду. По мере учащения выпивок человек перестает интересоваться общественной жизнью, значительно меньше читает книг, перестает ходить в театр, хотя иногда просматривает газеты и журналы, ходит в кино. В последующем и этот интерес начинает редуцироваться.

Сужение круга интересов сопровождается уменьшением разнообразия видов деятельности, обеднением ее. Деятельность свертывается в связи не с отсутствием времени, а со снижением потребности в ней. Она становится скучной, неинтересной, не приносящей удовлетворения.

С этим связан другой феномен описываемого круга явлений — снижение или полное исчезновение позитивного эмоционального радикала при удовлетворении такой потребности. Человек еще может посещать кино, театр, но будет делать это под давлением окружающих, никогда не выступая инициатором. Ему там скучно. Деятельность, связанная с реализацией редуцированных потребностей, становится все более принудительной.

Параллельно изменению побудительной силы основных мотивов личности нарушаются процессы смыслообразования. Изменения иерархических отношений приводят к рядоположенности мотивационных факторов, их одинаковой значимости для

личности. Снижение побудительной силы мотивов нарушает их субординационные отношения, что в свою очередь делает невозможным преимущественный выбор. Все мотивы становятся одинаково важными, вернее, одинаково неважными для индивида. Исчезновение ведущих мотивационных факторов, с одной стороны, нарушает планирование целенаправленной деятельности, делает ее затруднительной, с другой — значительно повышает роль случайных, сиюминутных факторов, и поведение индивида становится бессистемным, непредсказуемым.

Эта перестройка происходит на бессознательном уровне и, как правило, не осознается. Изменения заметны только со стороны. Окружающие замечают, что человек «переменился»: он стал «скучным», потерял интерес к окружающему, утратил эмоциональное отношение, начал избегать прежних товарищей, в то же время стал «забывчивым», необязательным. Чрезмерная актуализация сиюминутных факторов, случайных внешних обстоятельств затрудняет достижение отдаленных целей.

У личности с доминирующей алкогольной потребностью появляется неустойчивость мотивационной сферы, обуславливающая бессистемность, разбросанность деятельности. За исключением тех случаев, когда деятельность определена внешней программой, совершенно невозможно определить направленность активности больного, прогнозировать его поведение.

Это связано с нарушением иерархической структуры мотивационной сферы. Подчинение мотивов частного порядка более общим, определяющим смысл и направленность деятельности личности, разрушается по мере развития алкогольной потребности. Мотивационные факторы становятся рядоположенными. Их одинаково малое значение для личности затрудняет или делает невозможным выбор и в результате — планирование целенаправленной деятельности.

Неустойчивая внутренняя мотивация приводит к актуализации непосредственного ситуационного влияния (мотивационная установка может меняться). Это так называемая стратегия низшего типа, свойственная детям. Эмоциональное состояние, поведение определяют только что происшедшие или предстоящие вскоре события. Чем дальше события отстоят в прошлом или чем больше они отсрочены в будущем, тем меньше они влияют на поведение. Эта тенденция «жить сегодняшним днем», приносить более значимые, но отсроченные цели в жертву ближайшим является характернейшей чертой психологии больных алкоголизмом.

Описываемый феномен лежит в основе так называемой лживости больных, заключающейся в их необязательности, невыполнении обещаний, что относится не только к чисто служебным обязанностям (больные «забывают» сделать то одно, то другое), но и к обязательствам, вытекающим из межличностного общения. Этим объясняется та легкость, с какой больные алкоголизмом раздают обещания.

Трудность вычленения значимых мотивационных факторов делает невозможным планирование долговременной деятельности. Возникающая под влиянием данной ситуации установка на какую-то деятельность (действие) в следующий момент стирается (вытесняется из сознания) другой ситуацией.

Неустойчивость мотивационной сферы приводит к резкому возрастанию роли импульсных желаний. В этом плане человек с доминирующей алкогольной потребностью весьма похож на ребенка: его воля — это его желание, а желания напоминают аффект. Импульсивные желания, минуя фазу анализа, непосредственно переходят в действие.

Вероятно, значительным повышением роли импульсивных желаний, неспособностью к их подавлению можно объяснить отмечающуюся в клинической практике малую выносливость боли у больных алкоголизмом, неспособность противостоять стрессу.

Если снижение побудительной силы мотивов связано с их оттеснением на задний план и редуцированием под действием развивающейся алкогольной потребности, то нарушения процессов смыслообразования вызваны изменением сложившихся иерархических отношений потребностей и мотивов. Так, при четкой личностной структуре основные, смыслообразующие потребности определяют направленность деятельности в ближайшем и отдаленном будущем. Всякая новая потребность увязывается с имеющейся структурой, занимает свое место на иерархической лестнице. Ведущие мотивы при этом сохраняются, определяя стабильность личности. При возникновении и развитии алкогольной потребности происходят деформация и разрушение самой иерархической системы. Доминировавшие ранее потребности редуцируются и становятся равными менее значимым. Их предпочтительный выбор (принятие решения) затрудняется, а деятельность, направленная на удовлетворение конкурирующих потребностей, становится одинаково значимой (или одинаково незначимой) для индивида и постоянно меняется. Часто направленность деятельности определяет ситуация.

Смена мотивационных установок происходит почти полностью на бессознательном уровне. Человек часто не осознает или осознает не полностью две крайние области мотивации: автоматизированные, в готовом виде воспринятые, заученные в двигательной практике исполнительные моменты, и общие формы поведения, особенности направленности своей личности, основных потребностей, интересов. Эта «тотальность» изменения мотивационной сферы, ее всеобщность делают трудным, а подчас и невозможным осознание ее личностью.

Таким образом, изменения мотивационной структуры личности сопряжены с возникновением нового мотива поведения, связанного с потреблением спиртных напитков, отвечающего вновь возникшей потребности. Эти изменения, с одной стороны, проявляются как в снижении побудительной силы основных смыс-

лообразующих мотивов личности — сужении круга интересов, сокращении разнообразия видов деятельности, снижении позитивного эмоционального радикала при удовлетворении редуцированной потребности, «принудительном» характере деятельности, с другой стороны, происходит изменение процессов смыслообразования — разрушение иерархической структуры мотивационной сферы, нарушение субординационных отношений, рядоположенность мотивационных факторов, неустойчивость мотивации, актуализация непосредственного ситуационного влияния и нарушение долговременного планирования деятельности.

Глубина изменения мотивационной сферы будет зависеть как от выраженности новой потребности, так и от структуры личности, ее дифференцировки, выраженности социально позитивных мотивов деятельности, четкости субординационных отношений.

Изменения мотивационной сферы начинаются еще при бытовых формах пьянства (систематическая и привычная форма). Правда, они небольшие, их симптоматика выражена нерезко и часто просматривается. Естественно, более полно нарушения мотивационной сферы представлены при алкоголизме. Здесь уже отмечаются и снижение побудительной силы основных смыслообразующих мотивов личности, их редукция, а также нарушение субординационных отношений, изменяющих характер и направленность деятельности.

ГЛАВА 11

ИЗМЕНЕНИЕ ОБЩЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ОБЩЕНИЯ

Общение — наиболее общая, универсальная социальная потребность человека. С помощью общения организуется целесообразное взаимодействие людей, выявляется совпадение или расхождение их интересов, важное для избирательного установления межличностных отношений, формирования групп.

Выделяют формальное и неформальное общение. Формальное общение — это взаимодействие людей, вытекающее из их социальных функций. Оно часто иерархическое, определено ролевыми отношениями и в большинстве случаев эмоционально мало насыщено. В отличие от него неформальное общение определено отношением человека к человеку и всегда эмоционально значимо. Конечная цель эмпатического общения состоит в получении информации об отношении других лиц к субъекту, т. е. в определении своего социального статуса и в конечном счете в самоутверждении. Взаимодействие процессов общения и эффектов алкоголя как психотропного вещества необходимо рассматривать в двух аспектах: с одной стороны, это влияние

алкогольного опьянения на процесс общения, с другой — изменение общения в процессе длительного употребления алкоголя. Без взаимовлияния этих процессов невозможно понять закономерности развития как бытового пьянства, так и алкоголизма.

Рассмотрим влияние алкоголя на общение, для чего коротко определим основные характеристики процесса общения.

Общение как решение коммуникативной задачи начинается с возникновения потребности в нем. Акт общения независимо от характеристики имеет сложную психологическую структуру и протекает различно в зависимости от условий. В процессе общения важное место занимает функция контакта, снимающая психическое напряжение, вызванное одиночеством.

Однако для надлежащего общения недостаточно интеллектуального познания другого человека, индивид должен иметь соответствующее эмоциональное отношение к окружающему и сам чувствовать аналогичное эмоциональное отношение других.

Важность этого внеинтеллектуального фактора познания была подчеркнута еще Е. Блейлером (1923) в определении синтонии, созвучия с эмоциональным состоянием другого человека, а также в понятии «стадного стремления» Я. Мазуркевича, определяемого как «инстинктивное созвучие с окружающей средой» (цит. по К. Обуховскому, 1972). Нам приятно видеть окружающих в хорошем настроении, а мрачный человек нагоняет на нас тоску, даже если мы с ним не контактируем. Такое чувственное познание другого человека лежит в основе эмоционального контакта.

Ориентировка в психике других людей осуществляется с помощью синтонии, представляющей собой форму эмоционального контакта. Однако говоря об эмоциональном контакте, необходимо помнить его двойственную функцию. С одной стороны, индивид чувствует, что он представляет интерес для собеседника, с другой — ощущает, что окружающие «созвучны» его собственным мыслям.

Начальным процессом, позволяющим ориентироваться в психике других людей, является проекция — перенесение своих качеств и свойств на других людей (в некоторых случаях на животных и даже на неодушевленные предметы). Это в какой-то мере делает окружающий мир схожим с собой, как бы созданным по своему образу и подобию, что несомненно, облегчает ориентировку. Вторым процессом становится введение в себя качеств других людей, причем характерных, отличительных черт, что нарушает плоскостную организацию мира, приводит к различению субъектов, создает сеть сложных иерархических отношений.

Плоскостной мир становится объемным.

Качество общения, а следовательно, и полнота удовлетворения потребности в нем также могут быть различными. Возмож-

но общение на разных уровнях: просто восприятие информации, не меняющее отношения человека к окружающему и не сопровождающееся эмоциональными реакциями (дефиниция); принятие на себя роли другого человека, отождествление с ним (идентификация); сопереживание — полное слияние с партнером общения, когда человек вместе с ним живет, действует, переживает (эмпатия). Ясно, что эмоциональное участие человека, удовлетворение его потребности в общении будут в каждом случае различными.

Эмпатию можно определить как способность человека вникать во внутренний мир другой личности [Сарджвеладзе Н. И., 1978].

Проникновение во внутренний мир другого человека, с одной стороны, дает необходимую информацию, позволяющую правильно ориентироваться в людской среде, с другой — обуславливает коррекцию взаимодействия.

В процессе взаимодействия с другими людьми человек стремится выразить свой внутренний мир, свои переживания и состояния. Он не только переживает, но и стремится к самовыражению в процессе переживания, в связи с чем как бы требует понимания себя другими. Эта тенденция настолько интенсивна и естественна для внутреннего состояния человека, что иногда приходится прилагать особые усилия для ее маскировки. Если другие неадекватно понимают внутренний мир человека, т. е. не эмпатируют или неадекватно эмпатируют, то в социальном взаимодействии возникает определенный диссонанс, нарушение равновесия, что приводит к конфликтным ситуациям.

Основными механизмами эмпатического взаимодействия служат проекция и интроекция. Проекция в межличностных отношениях означает приписывание личностью своих особенностей, склонностей, побуждений и чувств другим людям. Интроекция — противоположный процесс. Она понимается как приписывание личностью себе наклонностей, потребностей и чувств других людей.

Посредством интроекции человек конструирует внутреннюю модель личностных особенностей и психологических состояний других людей.

На начальном этапе проекция заключается в отождествлении (переносе) своих личностных качеств и стремлений с личностными качествами и стремлениями партнера. Другая форма — уподобление личностных особенностей партнера тем этапам, которые выработаны на основе представления о других личностях. Если процесс эмпатии на этом кончается, то произошло не проникновение во внутренний мир другого человека, а лишь проекция собственных чувств и побуждений.

В процессе интроекции происходит как бы абсорбция образа другой личности, его внутреннего состояния, вследствие чего во внутренний план субъекта переносится внутренний субъективный мир другого человека. На основе интроекции происходит

определенная коррекция первичного образа другого человека, сформированного в процессе проекции.

Правильность постижения внутреннего мира другого человека, т. е. адекватная эмпатия, зависит от баланса, равновесия между проекцией и интроекцией — чем больше человек проецирует в межличностных отношениях, тем меньше он интроецирует, и наоборот. Баланс проекции и интроекции осуществляется на бессознательном уровне, осознается лишь результат этих процессов.

Сбалансированность или несбалансированность механизмов проекции и интроекции существенно определяет особенности процессов эмпатии. В свою очередь источники сбалансированности данных механизмов следует искать в структурных и динамических особенностях личности, а также в особенностях конкретной ситуации общения.

Роль алкоголя в процессах общения довольно многообразна. Она затрагивает как сам процесс, так и круг общения.

Рассмотрим более подробно влияние алкоголя на общение:

Контакт как начало общения — важный этап. На этом этапе чаще всего возникают трудности. Личностные особенности, ситуационные обстоятельства часто ложатся непреодолимой преградой на пути установления контакта. В этих случаях нужен определенный предварительный «настрой». Алкоголь, снимая тормозные влияния, нивелируя в какой-то степени характерологические особенности, сближает исходное эмоциональное состояние партнеров и тем самым облегчает эмоциональный контакт. Сакраментальный вопрос: «Ты меня уважаешь?» по своей сущности служит индикатором полноты эмоционального контакта.

Изменение качества общения. Процесс общения может протекать различно в зависимости от восприятия субъекта взаимодействия и получаемой от него информации. Напомним, что это может быть либо дефиниция, либо идентификация, либо эмпатия (см. выше). Ясно, что эмоциональное участие человека, удовлетворение его потребности в общении будут в каждом случае различными.

Алкоголь, уравнивая эмоциональное состояние партнеров, создает соответствующий эмоциональный фон для общения на уровне сопереживания.

Общение как решение коммуникативной задачи не всегда протекает гладко. Иногда в его процессе выявляются несовпадение точек зрения, целей, различных подходов к проблемам, что приводит к взаимному непониманию, возникновению конфликтов, отрицательных эмоций. Алкоголь, снимая напряжение и создавая соответствующий эмоциональный фон, дезактуализирует конфликт и становится для личности способом его преодоления.

Наслаивание эйфоризирующего эффекта алкоголя на соответствующий эмоциональный

радикал самого процесса общения усиливает его и создает иллюзию более полного удовлетворения потребности в общении.

Таким образом, спиртные напитки могут выполнять свою социальную функцию на различных этапах общения. Создавая иллюзию улучшения процессов общения, алкоголь способствует изменению коммуникативности людей. В этом по сути и заключается социально-психологическая функция алкоголя.

Алкоголь выступает как факультативное, необязательное условие, которое при определенных обстоятельствах якобы способствует более полному удовлетворению потребности в общении.

Эту роль алкоголя в процессах общения подчеркивает Ogchat, описывая принятый на Западе «стиль коктейля». Светская, публичная манера общения среднего и высшего классов общества сводится к исполнению своих ролей. Алкоголь не только соответствует духу таких встреч, он является функцией процессов взаимодействия; этим объясняются широта и универсальность алкогольных обычаев и привычек.

Вероятно, именно с этой функцией алкоголя — изменением процессов общения — связано резкое возрастание потребления спиртных напитков в последнее время во всех странах.

Однако только этим аспектом не исчерпывается влияние алкоголя. Сам процесс общения также несколько меняется и в каком-то смысле искажается.

Под действием алкоголя нарушается баланс основных компонентов общения — проекции и интроекции. Человек правильно проецирует, перенося на окружающих какие-то свои личные качества. Однако процесс интроекции, обеспечивающий корректировку изначального построения на основе внешней информации, ослаблен или искажен, в результате чего образ оказывается незавершенным. Ослабление коррекции образа вследствие недостаточности интроекции приводит к диссонансу в общении.

Общение с использованием алкоголя, несмотря на более полное удовлетворение потребности в контактах, в какой-то степени искусственное. Алкоголь создает искусственную среду и условия общения, ограничивая процесс как во времени, так и в пространстве. «Полноценное» общение возможно только в период действия спиртных напитков и только с кругом лиц, их употребляющих. Диссонанс общения сразу обнаруживается при нарушении этих условий — при попытках общения пьяного человека с трезвым или при возобновлении общения с теми же людьми, но в другое время.

Таким образом, обеспечивая наиболее полное удовлетворение потребности в общении, алкоголь деформирует этот процесс.

Однако такое действие алкоголя наблюдается в основном на первых этапах его употребления. При достаточно длительном

или систематическом пьянстве начинают выступать другие свойства — трансформация потребности в общении и изменение круга общения.

Длительный прием спиртного приводит к редукации потребности в общении. Вначале вырабатывается и закрепляется стереотип общения (клиширование). Общение теряет свое качественное многообразие, различные его формы и варианты начинают один за другим отпадать, уступая место одному, принятому данной личностью. Процесс общения уплощается, теряет своеобразие, ситуационную обусловленность. Акты общения клишируются, становятся похожими друг на друга, как близнецы. Начавшись, общение разворачивается по унифицированному сценарию. В каждый момент известно, что будет потом. Фиксируются не только общая сюжетная линия и тема беседы, но даже шутки, речевые обороты, все приобретает тенденцию к повторению.

Многokrатный прием спиртных напитков формирует определенный стереотип общения, в котором прием алкоголя занимает уже ведущее место как облигатное условие. Общение вне этого стереотипа, без основного его условия делает контакт «сухим», эмоционально пустым, формализованным и не сопровождается полным удовлетворением потребности в общении.

На заключительном этапе потребность в общении редуцируется. Теряя самостоятельное значение, она делается только поводом к выпивке, одним из ее условий. Процесс общения становится усеченным — собеседники изредка перебрасываются отдельными, ничего не значащими фразами, подолгу молчат, погружаясь в опьянение. Когда кончается спиртное, быстро расходятся. Выпивка из условия становится самостоятельным и даже доминирующим мотивом поведения.

Выработка стереотипа общения сопровождается изменением круга общения. Общение с лицами, не выполняющими основного условия, не употребляющими спиртного или мало его употребляющими, редуцируется, становится менее эмоционально насыщенным и даже безразличным. Такие лица постепенно отесняются на задний план и выпадают из среды общения. Наоборот, отношение к лицам, общение с которыми протекает в плане формирующегося стереотипа, сопровождающееся полным удовлетворением потребности в общении, становится более эмоционально насыщенным. Механизм переноса ассоциирует с этими лицами эйфоризирующий эффект алкоголя.

В формировании алкогольного общения значительную роль играет самосознание (самооценка). Такое общение возникает тем быстрее и тем скорее становится доминирующим, чем менее устойчива самооценка. Неустойчивая самооценка постоянно побуждает человека к самоутверждению, самовыражению, поддержанию значимости «я». Это приводит к искажению восприятия окружающего. Социальное окружение включается в самосознание личности лишь в той мере и таким образом, ка-

ким оно воспринимается субъектом. Если мнения других расходятся с самооценкой личности, то человек часто их искажает. Это в свою очередь приводит к искажению отношения к окружающим. Поскольку человек часто оценивает других людей по тому, как они оценивают его, лица алкогольного общения воспринимаются предпочтительнее, а их недостатки не замечаются, игнорируются. Индивид предпочитает общаться с теми людьми, чье отношение к нему наиболее близко его самосознанию.

Так происходит хорошо знакомое клиницистам изменение круга общения при развитии алкоголизма. Оно начинает формироваться еще на донологических этапах (систематическое и привычное пьянство), однако наибольшее развитие получает с возникновением алкоголизма.

Изменение сферы общения можно рассматривать и с точки зрения психологических защитных механизмов. Когда алкоголизация индивида начинает выходить за пределы групповых алкогольных норм, возникает соответствующая реакция окружающих. Она выражает санкции, которыми общество воздействует на индивида при отклонении его поведения от общепринятого. Применение санкций дестабилизирует «я», снижает самооценку. Восстановление самооценки в этих случаях возможно не только путем коррекции поведения и сокращения алкоголизации, но и путем уклонения от общения с лицами — носителями этих санкций. Лицо, оказывающее сопротивление индивиду, исключается из сферы его общения. Его место занимает человек, «понимающий» индивида. Этот процесс постепенно приводит к изменению круга общения, сводит его к лицам с аналогичными алкогольными установками и алкогольной потребностью.

Таким образом, изменение процессов общения под действием алкоголя довольно разнообразно и многопланово, во многом зависит от длительности пьянства и включает в себя условно 3 этапа.

На первом этапе преобладает субъективное облегчение общения: создается иллюзия, что алкоголь улучшает эффективность взаимодействия людей, устраняет психологические задержки, нивелирует исходное эмоциональное состояние, делает общение эмоционально насыщенным. Алкоголь здесь выступает как условие удовлетворения потребности в общении.

На втором этапе условие становится облигатным. Полноценное общение без этого условия невозможно. Трансформируется сам процесс общения, вырабатывается стереотипная форма общения (клиширование). Вне этой формы общение редуцировано.

На третьем, заключительном, этапе потребность в общении угасает. Прием спиртных напитков из условия становится самостоятельным и даже доминирующим (смыслообразующим) мотивом поведения. Этому соответствует изменение объекта

взаимодействия (круга общения). Из взаимодействия выпадают лица, редко употребляющие спиртные напитки. Круг лиц привычного общения суживается и часто исчерпывается своей алкогольной группой.

ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ И НАПРАВЛЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В советской психологии сложная иерархическая структура деятельности наиболее полно разработана Л. Н. Леонтьевым. Согласно его концепции, содержание деятельности определяется вызвавшим эту деятельность предметом потребности (мотивом деятельности), целью (осознаваемому предвидимому результату) и условиями осуществления деятельности [Леонтьев Л. Н., 1981]. В структуре деятельности выделяются составные части — действия и операции. Под действиями понимаются процессы, направленные на достижение осознаваемого, предвидимого результата, т. е. цели. В действиях вычленяются операции — способы действий, приемы, соотносимые с условиями выполнения действия. Другим необходимым компонентом деятельности являются исполнительные психофизиологические механизмы — реализаторы действий и операций [Асмолов А. Г., 1978]. Основными компонентами деятельности являются знания, умения, навыки и привычки.

Как строится деятельность при употреблении спиртных напитков и как она трансформируется при возникновении злоупотребления ими?

Комплекс действий, осуществляемых человеком при поиске, подготовке и употреблении спиртных напитков, вполне обоснованно может быть назван деятельностью, поскольку он имеет все формальные атрибуты деятельности. В основе этой деятельности лежит потребность в алкоголе, мотивом (предметом потребности) выступают спиртные напитки, а целью — состояние опьянения (эйфория).

Таким образом, алкогольдобывательную деятельность можно определить как деятельность (активность) по поиску, приобретению и употреблению спиртных напитков или их заменителей.

В формировании деятельности, в том числе и алкогольдобывательной, важную роль играют установки, особенно смысловые, к которым относятся и алкогольные. Смысловая установка определяет направленность и динамику деятельности. Она есть форма выражения личностного смысла, определяющая готовность к совершению определенной деятельности [Асмолов А. Г., 1978].

Вне деятельности реализация любой потребности, включая алкогольную, невозможна. Это определяет роль деятельности в возникновении и развитии бытового пьянства. Предпосылками алкогольдобывательной деятельности становятся знания о предмете, которые приобретаются в процессе социализации индивида. Можно выделить несколько этапов ее становления.

Вначале происходят накопление самых общих знаний о спиртных напитках, определение их места в системе деятельности людей, усвоение основных норм-правил. Этот процесс начинается довольно рано, видимо, с начала осознанного восприятия окружающего. Переработка ребенком, а затем подростком полученных ощущений и восприятий приводит к образованию представлений и понятий, которые сохраняются индивидом, составляя знания о предмете. Этот механизм введения внутрь индивида (инкорпорирования) алкогольной информации, усвоения социальных стандартов, существующих норм-правил является неотъемлемой частью общего процесса социализации. Накопление знаний о спиртных напитках в процессе социализации индивида становится предпосылкой алкогольдобывательной деятельности. Однако полученные знания — не простой слепок окружающего. Усваиваясь, перерабатываясь личностью, они соотносятся с уже имеющейся системой знаний, со всей внутренней структурой личности, определяя не только знание, но и отношение к окружающему. Иными словами, знания, полученные в результате усвоения окружающего, формируют установки потребности личности, определяя поведение человека в той или иной ситуации.

Индивид, являясь субъектом деятельности, организует свою активность не в самый момент деятельности, а несколько ранее. Его активность уже направлена в определенную сторону на основе некоторой преориентации, установки. Реакция наступает в результате преломления внешнего воздействия через всю систему индивидуальной психической организации, т. е. установку. Иначе говоря, ответ опосредован целостным состоянием индивида, его установкой как определенным образом организованной системы [Алабухалова К. А., 1973].

Однако знание и отношение (установка) — еще не реализованные компоненты деятельности. Первые алкогольные эксцессы, обогащая знание человека о спиртных напитках личным опытом, корректируют первичные алкогольные установки, уточняют позицию личности в этом вопросе. В то же время они определяют место и роль спиртных напитков в организации других видов деятельности (общения, отдыха и т. д.), формируя появление в определенных случаях потребности в алкоголе. Появление и развитие новой потребности сопровождаются актуализацией соответствующего мотива, что в свою очередь приводит к изменению содержания и направленности деятельности.

Трансформация деятельности при возникновении и развитии алкогольной потребности довольно четко выражена и идет по двум направлениям: самостоятельная деятельность по подготовке и реализации выпивки, а также ее трансформация в процесс формирования привычки; изменение удельного веса алкогольдобывательной деятельности в общей структуре деятельности человека.

Первый процесс — фазный, второй — непрерывно-прогрессирующий. На первом этапе деятельность, направленная на подготовку и реализацию выпивки, начинает постепенно усложняться, обогащаться, разветвляться, обрастать новыми действиями. Этот этап соответствует расширению поводов для пьянства, увязыванию выпивок с новыми и новыми видами деятельности. Если ранее спиртное пили только в праздничные дни и в соответствующих условиях, то в последующем начинают пить и при встрече друзей, и при получении премии, и на дне рождения у сослуживца, и просто в конце рабочего дня.

Реализация выпивки вначале также усложняется, требует все большего количества условий — соответствующего повода, компании, места и времени, тостов, речей. При отсутствии одного или нескольких условий деятельность направляется на их воссоздание (поиск партнеров, соответствующего места и т. д.). При этом алкогольдобывательная деятельность хотя и усиливается, но составляет еще незначительную часть в общей структуре деятельности человека. Другие мотивы (профессиональные, эстетические и др.) еще сохраняют побудительную силу.

В дальнейшем, как показывает анализ клинических данных, по мере роста алкогольной потребности разнообразие видов деятельности человека начинает сокращаться. Сохраняющиеся в арсенале личности мотивы и потребности теряют свой эмоциональный компонент, свою аффективную насыщенность и становятся «неинтересными». Неинтересным становится читать книги, журналы, ходить в театр, в кино, неинтересно быть дома, проводить время в кругу семьи, неинтересно общаться с прежними друзьями, наконец, работать также становится неинтересно. Это приводит к редукции социально позитивных видов деятельности и расширению алкогольдобывательной деятельности. Конечной стадией этого процесса становится грубое доминирование алкогольдобывательной деятельности над всеми другими видами. Любая деятельность выполняется постольку, поскольку она прямо или косвенно связана с выпивкой.

Алкогольдобывательная деятельность меняет свою содержательную часть. Она становится менее разнообразной. Выделяются излюбленные приемы и условия удовлетворения алкогольной потребности, в последующем они повторяются как клише. Процесс совершения действий в структуре алкогольдобывательной деятельности также трансформируется: он упрощается, исчезают лишние движения, появляются навыки — упрочившиеся способы выполнения действия, значительная их часть выполняется уже автоматически, без участия сознания.

В основе упрощения деятельности в процессе выработки алкогольного навыка лежит общий механизм трансформации деятельности при научении. По мере повторения действия его ближайшая цель (субцель) в структуре более сложной деятельности (в данном случае деятельности по поиску, нахождению и употреблению спиртных напитков) занимает место его

условия. При этом ближайшая цель (субцель) и соответствующая ей целевая установка теряют направляющую функцию, а действие превращается в операцию. Понизившись в ценностном ранге, действие и его цель уже прямо не проецируются в сознание. Реализация действия ускоряется. Выбатывается привычка как потребность совершения действия.

Таким образом, трансформация деятельности при возникновении и развитии алкогольной потребности заключается вначале в ее усложнении — обогащении, разветвлении, увязывании со все новыми видами деятельности и обрастании дополнительными действиями, а затем в уменьшении ее разнообразия и упрощении. Доля алкогольдобывательной деятельности в общей структуре деятельности человека постоянно возрастает, что связано не только с ее количественным увеличением, но и с редукцией социально позитивных видов деятельности.

На языке нейрофизиологии описываемый процесс есть процесс выработки и закрепления условнорефлекторных связей, формирующих динамический стереотип личности.

С течением времени образуется жесткая «одновременная» иерархия: все виды деятельности оказываются подчиненными одной главной, которая начинает определять все поведение человека. Этот этап изменения деятельности соответствует аналогичной перестройке личности, структуры ее потребностей и мотивов — выделению одной доминирующей патологической потребности, подчиняющей себе все остальные потребности личности.

Деятельность — одна из психических функций, наиболее тонко реагирующих на возникновение алкогольной потребности, поэтому она изменяется задолго до возникновения алкоголизма. Фактически уже первый алкогольный эксцесс, сопровождаясь комплексом каких-то действий, направленных на его реализацию, вносит изменения в деятельность человека. В последующем, по мере развития алкогольной привычки, этот вид деятельности расширяется.

Алкогольдобывательная деятельность усложняется уже при умеренном употреблении спиртных напитков (необходимость повода, соответствующих условий, партнеров и т. д.) и достигает наивысшего развития при систематическом пьянстве. В последующем, в случаях привычного пьянства и заболевания, алкогольдобывательная деятельность перестает быть опосредованной и упрощается.

Такая перестройка структуры личности не специфична только для алкоголизма, она даже не всегда патологическая и возникает тогда, когда какая-то одна потребность начинает резко преобладать над остальными. Она возможна у целеустремленных, охваченных какой-то идеей людей, всегда присутствует при формировании сверхценных идей. Этот вопрос хорошо разработан на примере больных с ипохондрическими состояниями [Баканова И. В., Зейгарник Б. В., Николаева В. В. и др., 1979].

ЧАСТЬ III

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ СПИРТНЫМИ НАПИТКАМИ

ГЛАВА 12

УСЛОВНОРЕФЛЕКТОРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ В РАЗВИТИИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ. АЛКОГОЛЬНЫЙ ДИНАМИЧЕСКИЙ СТЕРЕОТИП

Феномен обусловливания, лежащий в основе образования алкогольной потребности, не остается на психологическом уровне, а может распространяться на соматические функции, составляя биологическую основу этой потребности. Соматобиологический компонент феномена обусловливания удобнее всего рассматривать в рамках хорошо изученных условнорефлекторных реакций.

Несмотря на приоритет отечественной науки в развитии учения об условных рефлексах (И. П. Павлов), условнорефлекторные механизмы при алкоголизме более подробно разрабатывались зарубежными исследователями [Conger G., 1956; Ulman A. D., 1958; Verden P., Jackson D. N., King G. A., 1969]. В отечественных работах имеются указания на то, что условнорефлекторные механизмы играют определенную роль в развитии хронического алкоголизма [Лукомский И. И., 1960; Стрельчук И. В., 1966; Судаков К. В., 1971; Сытинский А. И., 1974; Завьялов В. Ю., 1981]. Указывалось, что употребление спиртных напитков, совпадая во времени с восприятием определенных раздражителей внешней среды, может связываться с ними, образуя сложные условнорефлекторные цепи. Возникновение привычки употреблять спиртное в определенных ситуациях — одно из проявлений этого процесса [Корсунский И. В., 1973]. Однако в большинстве случаев механизм условнорефлекторного действия и его конкретные клинические проявления не рассматриваются.

Совершенно не изученным осталось значение условнорефлекторных механизмов в развитии бытовых форм пьянства. Можно только предполагать, что оно велико. По сути становление алкогольной привычки можно рассматривать как процесс образования и укрепления условнорефлекторных связей, конечным этапом которого становится формирование алкогольного динамического стереотипа.

Еще Е. Jellinek (1960) обратил внимание на то, что фармакологическое снятие стресса имеет свою негативную сторону. Искусственное снижение напряжения, восстановление по-

коя и возвращение в зону комфорта всегда чревато злоупотреблением. Возникает привычка, способная стать болезненной: адекватные реакции на стресс, направленные на изменение реальной ситуации, вытесняются, а затем исключаются. Автор рассматривает переход симптоматического пьянства в болезненное в рамках так называемых генерализованных реакций, очень близких к условнорефлекторным механизмам поведенческих реакций. Он считает, что алкоголизм как болезнь развивается при наложении эйфоризирующего эффекта алкоголя на стрессовую ситуацию. Частое совпадение этих факторов закрепляет их сочетание. В последующем любая стрессовая ситуация по механизму генерализованной реакции будет вызывать тяготение к алкоголю, пропорциональное силе стресса.

По данным G. Conger (1956), употребление спиртных напитков, совпадая с восприятием определенных раздражителей внешней среды, может связываться с ними, образуя сложные условнорефлекторные цепи. Возникновение привычки выпивать в определенные моменты жизни (алкогольные обычаи) уже служит проявлением этого процесса. Автор сформулировал «теорию подкрепления», по которой при подкреплении между стимулом и реакцией всегда устанавливается связь, поскольку реакция приводит к снижению побуждения. Всякий стимул к действию сопровождается неудовлетворенностью, а следовательно, и напряжением. Если действие снижает или снимает напряжение, то весьма вероятно, что при возникновении аналогичной потребности в будущем индивид повторит такое действие. Этот взгляд нашел дальнейшее развитие (Доклад исследовательской группы ВОЗ по критериям идентификации и классификации нарушений, связанных с потреблением алкоголя, 1978). Признано, что условнорефлекторные механизмы (феномен приобщения) лежат в основе возникновения алкогольной зависимости как привычной формы поведения. Понимание важности поведенческих реакций в возникновении и развитии заболевания позволило некоторым авторам говорить о «научении» алкоголизму [Ulman A. D., 1958; Verden P., Jackson D. N., King G. A., 1969].

Возникновение условного рефлекса на алкоголь доказывается мимической реакцией, слюноотделением при органолептическом воздействии спиртных напитков, описанными Н. Я. Завилянским (1956) под названием «мимико-вкусовой рефлекс». Наиболее демонстративно так называемое сухое опьянение — возникновение клинических признаков опьянения без алкоголя.

Однако признание условнорефлекторных механизмов как основы формирования привычки к алкоголю и даже указание на его важность еще не определяют всей проблемы. Условнорефлекторные механизмы не только обуславливают прогрессивность процесса, переход бытового пьянства в алкоголизм, но и лежат в основе многих базисных симптомов заболевания. В этом разделе мы попытаемся это показать.

Вначале уточним круг рассматриваемых вопросов. Условный рефлекс — понятие, взятое из физиологии высшей нервной деятельности. Установление связи между двумя событиями означает не только наделение условного раздражителя сигнальными функциями, но и целенаправленное изменение функционального состояния органа или системы, являющегося объектом воздействия безусловного раздражителя. Однако необходимо помнить, что затрагиваемый этим явлением круг вопросов ограничен областью нейрофизиологии. Механическое перенесение и расширенное толкование его так же неправомерны, как и сужение сферы приложения. Процессы, сопровождающие замыкание условного рефлекса, образование сложных условно-рефлекторных цепей, могут параллельно развиваться и на других уровнях, в частности на психологическом и биологическом. На психологическом уровне формирование условно-рефлекторных связей сопровождается в узко операциональном смысле выработкой навыка, научением, в более широком смысле — формированием привычки, привычной деятельности. На биологическом уровне — это изменение биохимических процессов, сопровождающее изменение функциональной активности органа, системы.

Таким образом, условно-рефлекторная деятельность, связанная с употреблением спиртных напитков, представляет собой довольно сложное явление, которое не ограничивается физиологическим уровнем и сопровождается процессами как психологического, так и биологического порядка. Для обозначения комплекса явлений на всех трех уровнях нам представляется целесообразным, не увеличивая и без того громоздкий терминологический аппарат, использовать термин «алкогольный динамический стереотип».

Алкогольный динамический стереотип — это выработанная в течение жизни форма потребления спиртных напитков и поведения человека в состоянии опьянения.

Динамический стереотип — понятие, взятое из нейрофизиологии, в настоящее время довольно прочно вошло в клинический обиход и используется для обозначения широкого круга явлений. Одним своим полюсом оно смыкается с такими психологическими категориями, как установка, научение, навык, другим — с такими целостными формами реагирования организма, как деятельность, обычай, традиция.

Под динамическим стереотипом понимается форма целостной деятельности полушарий большого мозга, выражением которой является определенный зафиксированный порядок условно-рефлекторных действий человека. Проявлением динамического стереотипа служат привычки, трудовые навыки. Однажды выработанный стереотип становится инертным, автоматизируется.

Механизм образования динамического стереотипа довольно хорошо изучен. В его основе лежит образование и закрепление

сложных условнорефлекторных связей. Механизм формирования условнорефлекторных связей при бытовых формах пьянства и алкоголизме с позиций теории И. П. Павлова также достаточно ясен. Безусловным подкреплением здесь становится эйфоризирующий эффект спиртных напитков, а условным раздражителем — вся гамма факторов, сопутствующих алкогольному эпизоду, начиная от органолептических свойств спиртных напитков и кончая привычными поводами, партнерами, местом и даже временем действия.

Позитивные эмоции, испытываемые при приеме алкоголя, будут распространяться на все то, что ему сопутствует — партнеров, окружающую обстановку, место действия. Механизм подкрепления выделяет из этого хаоса раздражителей наиболее частые и придает им сигнальные свойства. Эйфоризирующий эффект спиртных напитков связывается по типу условного рефлекса с сопутствующими опьянению обстоятельствами и закрепляется при повторении ситуации. По мере кристаллизации рефлекторного механизма связь между условием опьянения и самим опьянением становится все более прочной, все более обязательной.

Повторение условий начала и развертывания алкогольного эпизода сопровождается закреплением условного рефлекса и формированием алкогольного динамического стереотипа.

Образование условнорефлекторных связей под действием алкоголя, позволяет выделить несколько моментов, имеющих значение для усиления пьянства и формирования заболевания, — возникновение рилизерных факторов, утрата способности к градуальным реакциям, а также психологические и биологические сдвиги, лежащие в основе алкогольного стереотипа.

ФОРМИРОВАНИЕ РИЛИЗЕРНЫХ ФАКТОРОВ

По мере алкоголизации из комплекса раздражителей, действующих на организм непосредственно перед выпивкой, выделяются факторы, наиболее стабильно сопутствующие ей, которые в последующем наделяются сигнальными функциями. Это могут быть внешний вид спиртных напитков, привычный партнер, стандартная ситуация (получение зарплаты), обычное место выпивки или определенное время дня. Эти факторы начинают выполнять функции пусковых сигналов (рилизеров) — факторов, жестко связанных с выпивкой, которые неизбежно активизируют системы адаптации к наркотику, подготавливают организм к приему спиртного, а следовательно, обуславливают появление влечения к алкоголю (рис. 8).

УТРАТА СПОСОБНОСТИ К ГРАДУАЛЬНЫМ РЕАКЦИЯМ И ПЕРЕХОД НА РЕАКЦИЮ ТИПА «ВСЕ ИЛИ НИЧЕГО»

Условный рефлекс есть форма приспособления организма к окружающей среде. Суть его состоит в подготовке к действию безусловного фактора. Эта подготовка предполагает ре-

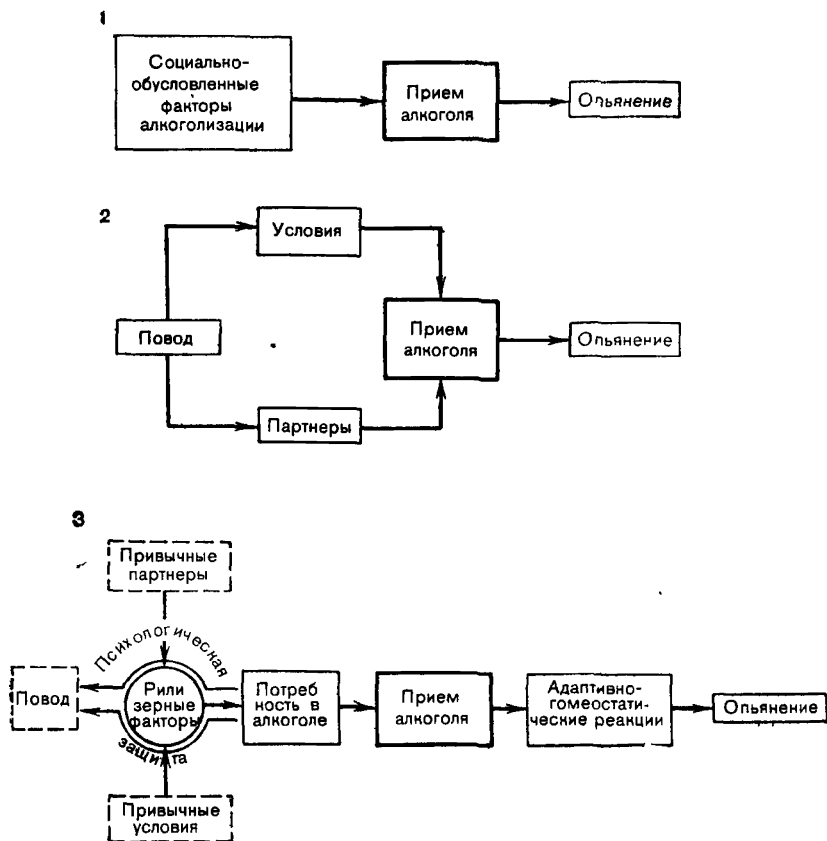


Рис. 8. Изменение схемы алкогольного оьянения в процессе формирования динамического стереотипа.

1 — оьянение при случайном употреблении алкоголя; 2 — оьянение при умеренном употреблении алкоголя; 3 — схема оьянения при сформированном алкогольном динамическом стереотипе (систематическое и привычное пьянство, алкоголизм).

организацию деятельности органов и систем, качественно и количественно адекватную действию безусловного раздражителя. Раздражитель при этом будет максимально соответствовать состоянию организма, что называется подходить к нему как ключ к замку.

Для анализируемого вопроса это означает, что в ответ на сигнальное действие какого-то рилизерного фактора организм «готовится» к принятию спиртного и не просто спиртного, а вполне определенного его количества. Только полное соответствие «психобиологической настроенности» принятому количеству спиртных напитков определенного качества сопровождается максимальным удовлетворением потребности в алкоголе. Если принимается не это количество, а какое-то другое, например меньшее, то возникает несоответствие между психобиологическими сдвигами в организме и количеством принято-

го спиртного, между ожидаемым и действительным, и полного удовлетворения потребности не происходит.

Более того, при сформировавшемся стереотипе первые количества спиртного действуют как подкрепляющий фактор, «санкционируя» дальнейшее развитие адаптивных реакций. В выраженных случаях, когда алкогольный динамический стереотип хорошо сформирован и ориентирован на прием больших количеств спиртных напитков, несоответствие между психобиологической подготовкой организма и принятым количеством может быть столь значительным, что вместо эйфоризирующего эффекта (хотя и незначительного) развивается дисфория. Лица, систематически и привычно пьющие, больные алкоголизмом, к удивлению окружающих часто вообще отказываются от спиртного, если его количество ограничено.

Этот же механизм лежит в основе усиления влечения к алкоголю уже в ходе алкогольного эпизода.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ УРОВНИ АЛКОГОЛЬНОГО ДИНАМИЧЕСКОГО СТЕРЕОТИПА

Структура алкогольного динамического стереотипа сложна и включает много компонентов. Выше мы упоминали о том, что понятие стереотипа объединяет не только нейрофизиологические сдвиги, но и такие чисто психологические факторы, как привычка. В связи с этим изменения, возникающие при активации алкогольного динамического стереотипа, будут протекать как на психологическом, так и на биологическом уровне. Действие рилизеров не только приводит к появлению желания выпить, т. е. к возникновению алкогольной потребности, но и сопровождается соответствующими биологическими сдвигами — выбросом в кровь катехоламинов, кортикостероидов, изменением гемодинамики, кислотно-основного состава крови, уровня сахара, изменением мышечного тонуса и вообще функционального состояния многих органов и систем.

Принципиально важно, что условнорефлекторные реакции не ограничиваются сферой психических процессов, а распространяются и на соматический уровень. Так, только органолептическое воздействие спиртных напитков (без потребления) у больных алкоголизмом вызывает вегетососудистые реакции (бледность, гиперемия, потливость), жжение в желудке, «туман» в голове. Спустя 5 мин наступает состояние, весьма похожее на начальную фазу алкогольного опьянения. Объективно отмечается повышение температуры тела на 1—3° С, уменьшение тремора, улучшение координации движений, возрастает уровень сахара крови, лейкоцитоз. Субъективно человек чувствует себя так, «словно опохмелился». Интенсивность условнорефлекторного опьянения пропорциональна выраженности заболевания [Корсунский И. В., 1973]. Аналогичные данные приводят Р. Х. Газин, В. А. Жмуров (1972).

Необходимо подчеркнуть, что алкогольный динамический стереотип, как стереотип вообще, не укладывается в рамки чисто поведенческого акта. Это не только набор действий, привычно следующих друг за другом, обеспечивающих повторяемость, клишированность поведения. За этим поведением стоят соответствующая перестройка функциональной активности, приспособление к деятельности всех участвующих в ней органов и систем.

Подготовка к выпивке вызывает комплекс соматических изменений, вероятно, адаптивных, подготавливающих организм к приему спиртного. Рассматривать алкогольный динамический стереотип в отрыве от этих процессов адаптации невозможно.

Подводя итоги, можно сказать, что эйфоризирующий эффект спиртных напитков может выступать в качестве подкрепляющего фактора в образовании сложных условнорефлекторных связей; ряд факторов, привычно сопутствующих приему алкоголя, по условнорефлекторному механизму может приобретать сигнальную функцию (рилизеры), активизируя системы адаптации к алкоголю и провоцируя влечение к нему; действие алкогольного динамического стереотипа разворачивается на психологическом и биологическом уровнях.

Удивительно, что образование алкогольного динамического стереотипа наблюдается не во всех случаях и не развивается бесконечно. Однако нужно учитывать, что формирование условнорефлекторных связей определяется безусловным подкрепляющим фактором и зависит от его интенсивности. Если в силу индивидуальных биохимических особенностей организма эйфоризирующий эффект алкоголя ослаблен, то образование алкогольного стереотипа резко замедляется или не происходит совсем. На алкоголизацию влияют многие другие факторы, например групповые алкогольные нормы, санкции, диапазон приемлемости, алкогольные установки и т. п. Они укладывают форму потребления спиртных напитков в рамки существующих обычаев.

Имеются указания не только на значение социальных санкций, но и на время их применения (фактор времени) — получить удовольствие, снять напряжение можно немедленно, а наказание последует когда-то в будущем. При прочих равных условиях немедленный эффект более актуален, чем последующее наказание (градиент подкрепления), особенно при такой низкой толерантности к стрессу, как у больных алкоголизмом [Horton D., 1956].

Обусловливание, образование условнорефлекторных связей начинается уже с первых алкогольных эпизодов, как только эйфоризирующий эффект спиртных напитков приобретает определенную четкость. Алкогольный динамический стереотип формируется уже на этапах систематического и привычного пьянства. Его формирование завершается в процессе развития алкоголизма.

Образование алкогольного динамического стереотипа сопровождается упрочением связи между сигналом и подкреплением (т. е. между условием, при котором происходит выпивка, и состоянием опьянения), достижением более полного соответствия между стимулом и реакцией, в результате чего возникающая реакция все более соответствует действующему фактору (количеству спиртных напитков, распределению их приема во времени), появлением так называемых пусковых факторов (рилизеров) — условий, наделенных сигнальной функцией, активизирующих алкогольный динамический стереотип.

Закрепляя, фиксируя формы поведения, алкогольный динамический стереотип выполняет консервативные функции. Он фактически и есть привычка к употреблению спиртных напитков, точнее, форма проявления этой привычки.

Сформированный алкогольный динамический стереотип характеризуется системой пусковых факторов, включающих алкогольный динамический стереотип и тем самым определяющих возникновение «первичного» влечения к алкоголю; подсознательным влечением к алкоголю; автоматизированной и в значительной части неосознаваемой деятельностью по удовлетворению влечения к алкоголю (поисковое поведение); трудностью прекращения начатой деятельности по реализации выпивки; появлением феноменов «опережающего» опьянения и «сухого» опьянения.

Понимание алкоголизма как динамического стереотипа, т. е. привычной деятельности, во многом строящейся на условно-рефлекторных механизмах, объясняет многие клинические проявления заболевания.

ПОДСОЗНАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ПРИВОДЯЩАЯ К АЛКОГОЛЬНОМУ ЭПИЗОДУ

Из нейрофизиологии известно, что замыкание и упрочение рефлекса происходит на подсознательном уровне и не осознается. Чем прочнее связь, тем устойчивее стереотип, тем более автоматизирована деятельность индивида и тем менее она проецируется в сознание. Включение алкогольного динамического стереотипа при появлении рилизерных факторов практически не осознается человеком. Даже появление влечения к алкоголю, изменяющее направленность деятельности, осознается далеко не сразу и не всегда. Это очень важный момент, поскольку он не только объясняет ряд клинических фактов, но и должен учитываться в системе терапевтических мероприятий.

Общеизвестно, что большинство больных алкоголизмом не могут назвать причины своего пьянства («просто так выпил»), а выдвигаемые поводы — защитные мотивы, не отражающие истины. Если удастся более подробно разобраться в ситуации, предшествовавшей выпивке, то можно выявить один или не-

сколько факторов, привычно сопутствующих выпивке (встреча партнера, неожиданное предложение выпить, ситуация, обычная для приема спиртного, и т. п.).

Получение зарплаты, неорганизованный досуг, запускающие алкогольный динамический стереотип, заставляют человека переходить к реализации «алкогольной» программы — искать встречи с приятелем — привычным партнером, которая совершенно не входила в его первоначальные планы, условий для выпивки и т. д. Это поисковое поведение часто не осознается как таковое — «просто зашел в гости», «давно мы с тобой не виделись». Человек так и не понимает, что им движет сложившийся поведенческий стереотип, активизированный получением зарплаты, в котором приятель играет роль привычного условия. У больных алкоголизмом этот стереотип настолько автоматизирован, что не только поиск партнера, стремление попасть в привычное место, но и приобретение спиртных напитков во многом совершаются на подсознательном уровне. Такой человек может прийти в гости к приятелю просто так, не имея осознанного намерения выпить, хотя в кармане у него будет бутылка («А это зачем? — Да так. Шел мимо магазина — дай, думаю, возьму на всякий случай»).

В ряде случаев изменение направленности деятельности осознается уже в ее процессе, когда подготовительные мероприятия уже проведены и все готово к выпивке. Тогда внезапно может появиться мысль: «Что же это я делаю, у меня же масса дел?!».

В некоторых случаях систематического и привычного пьянства деятельность осознается только на следующий день, когда человек не может понять, почему же он все-таки вчера выпил. Все было брошено, отложены самые срочные дела. Иногда человек считает причиной такого резкого поворота событий, скажем, неожиданную встречу с приятелем: «это он меня сбил с толку», «черт его дернул ко мне прийти». Появление приятеля как пусковой механизм алкогольного динамического стереотипа самого индивида, естественно, не осознается. В большинстве случаев даже повод выпивки не вычленяется: «С чего это мы вчера выпили?».

АЛКОГОЛЬНЫЙ ДИНАМИЧЕСКИЙ СТЕРЕОТИП И ВЛЕЧЕНИЕ К АЛКОГОЛЮ

Существует несколько вариантов патологического влечения к алкоголю. Первичное патологическое влечение не связано с присутствием в организме алкоголя или продуктов его метаболизма и возникает либо в перерывах между приемами спиртного, либо в ремиссии, приводя к возобновлению злоупотребления алкоголем и развитию рецидива. Оно является наиболее информативным признаком первой стадии заболевания. В отличие от него патологическое влечение к алкоголю в опья-

нении представляет собой неспособность больного алкоголизмом ограничиться небольшим количеством спиртных напитков и лежит в основе такого важного клинического симптома, как снижение или утрата количественного контроля.

Выделение алкогольного динамического стереотипа и его рилизерных факторов дает ключ к пониманию возникновения влечения к алкоголю. Влечение к алкоголю может быть представлено как результат действия рилизеров.

Безусловное подкрепление формирует условнорефлекторные связи. Факторы, прямо или косвенно связанные с выпивкой или сочетающиеся с ней, соединяются с психотропным действием алкоголя условной связью. Этот процесс не ограничивается органолептическими свойствами спиртных напитков, а распространяется на все раздражители, предшествующие или сопутствующие выпивке. Так, возникновение ситуации, обычно предшествующей приему спиртного (встреча с приятелем — привычным партнером, получение зарплаты, уход в отпуск, день рождения, конец недели, свободные деньги или определенное время дня), а также ситуации, привычно сопутствующие выпивке (появление в магазине, рюмочной, в пивном зале), могут ассоциироваться с эйфоризирующим действием алкоголя и запускать механизм стереотипа, включая влечение к алкоголю.

Сколько-нибудь исчерпывающее перечисление рилизерных факторов, вероятно, невозможно, поскольку теоретически любой фактор, привычно сопутствующий приему спиртного, будет приобретать сигнальные функции. Можно выделить три группы факторов:

- социально-психологические (привычные партнеры — встреча приятеля, знакомого, с которым раньше происходил прием спиртного; привычные ситуации — праздники, дни рождения, получение заработной платы, премии и т. д.);

- индивидуально-психологические — стресс, психический дискомфорт, снижение настроения;

- биологические (нейрофизиологические) — импульсация с интеро- и хеморецепторов, связанная с действием алкоголя или его дериватов, биохимические сдвиги.

Часто в качестве рилизерного фактора выступает повод. Он потому и называется поводом, что в отличие от истинной причины остается чем-то внешним по отношению к событию.

Поскольку рилизерные факторы в системе стереотипа действуют на подсознательном уровне, они практически не осознаются. Осознается только сама деятельность, направленная на удовлетворение возникшего влечения, и то только тогда, когда она идет в разрез с личностными установками.

Связь первичного патологического влечения к алкоголю с окружающей средой отмечали многие авторы. А. Г. Гофман (1964) считает, что легкие варианты влечения в значительной мере ситуационно обусловлены. Этим они отличаются от тя-

желых вариантов, которые актуализируются спонтанно, аутохтонно и нередко циклически. Н. Н. Иванец и А. Л. Игонин (1979), изучая роль социально-психологических факторов в возникновении влечения к алкоголю, 10 из них отнесли к разряду «индивидуальных», 7 — к семейно-бытовым и 10 были связаны с «окружением на производстве». Эти же авторы отметили зависимость указанных факторов от типа личности.

Эта роль внешних факторов в возникновении влечения к алкоголю нашла отражение в специально выделенном типе — ситуационно обусловленном первичном патологическом влечении к алкоголю как наиболее легком варианте патологического влечения.

Рилизерные факторы формируются постепенно. Вначале сигнальными функциями наделяется какое-то ограниченное количество факторов, привычно сопутствующих приему спиртного. Желание выпить возникает только тогда, когда на человека действуют именно эти факторы, и вне их действия отсутствует. Это особенно четко прослеживается у подростков и молодых людей, когда «алкогольное» поведение возникает только в «своей» компании — в кругу привычных партнеров по выпивке.

Ю. А. Строгов, В. Г. Капанадзе (1978) описали даже особый феномен у подростков, не совсем удачно названный «групповой психической зависимостью». Он заключается в немедленном появлении потребности в выпивке, как только подросток попадает в «свою» компанию. За пределами своей группы тяготения к спиртному нет. Такие подростки не пьют с чужими или малознакомыми людьми. Авторы противопоставляют групповую психическую зависимость, которая еще не свидетельствует об алкоголизме, а только указывает на его возможность, индивидуальную психическую зависимость, свидетельствующую о заболевании.

Выделенный феномен, конечно, нельзя рассматривать как групповую психическую зависимость, поскольку она может не относиться к группе в целом, а к отдельным ее членам. Это, безусловно, активизация влечения к алкоголю при попадании индивида в специфические условия, являющиеся сигналом к выпивке, т. е. классический вариант действия рилизерного фактора. В данном случае таким рилизером, выполняющим функцию сигнала, выступает «своя» группа.

Этими же механизмами объясняется довольно частое явление: злоупотребляющие алкоголем и больные алкоголизмом, напиваясь на работе с приятелями, отказываются пить дома, в кругу семьи, чем часто пытаются доказать отсутствие заболевания («У нас дома всегда есть что выпить, муж к бутылке даже не притрагивается» или «Иногда к нам заходят гости, муж никогда с ними не пьет»). В этом случае факторы домашней обстановки не включены в круг рилизерных, не активизируют алкогольный динамический стереотип и не провоцируют

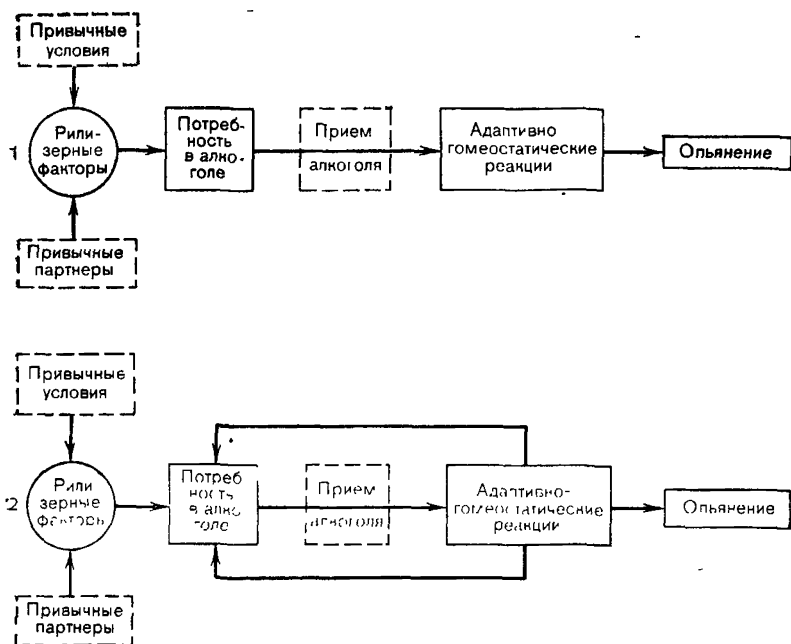


Рис. 9. Формирование ряда клинических симптомов, связанных с алкогольным динамическим стереотипом

1 — формирование опережающей фазы опьянения и «сухого» опьянения; 2 — условнорефлекторное усиление потребности в опьянении.

влечение к алкоголю. В этой ситуации человеку пить действительно не хочется.

Лица, злоупотребляющие алкоголем и даже выявляющие признаки заболевания, на приеме у врача часто совершенно искренне отрицают влечение к алкоголю («Да не хочу я пить!»). Это действительно может быть так, поскольку в данной ситуации отсутствуют релизерные факторы. Однако достаточно появиться одному из них, как поведение человека резко меняется.

По мере учащения пьянства расширяется круг релизерных факторов и соответственно увеличивается число поводов для выпивки.

В качестве релизерного фактора также может выступать импульсация с интеро- и хеморецепторов. Возбуждение рецепторного аппарата слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и хеморецепторов сосудистого русла наиболее достоверно подтверждает потребление алкоголя и полностью запускает механизм адаптации к нему. Рефлекс с хеморецепторов как бы подстегивает адаптационный процесс. При утрате организмом способности к градуальным реакциям это обуславливает усиление влечения к алкоголю уже во время опьянения (рис. 9).

Можно считать именно хеморецепторное звено одним из механизмов возникновения патологического влечения к алкоголю

в опьянении, формирующего симптом снижения и утраты количественного контроля.

Выделение рилизеров, которыми фактически выступают некоторые факторы внешней среды, нельзя рассматривать как нечто принципиально новое. Е. Jellinek (1960) из комплекса таких факторов выделял стрессовую ситуацию, которая, по его мнению, связываясь с приемом спиртного, сама провоцирует влечение к алкоголю. Перечень таких рилизеров велик и, естественно, не исчерпывается стрессовой ситуацией, хотя именно в ней условнорефлекторная природа влечения выступает наиболее четко. Фактически провоцировать влечение может любой раздражитель, привычно сопутствующий выпивке.

Таким образом, выделение алкогольного динамического стереотипа и рилизерных факторов позволяет рассматривать так называемое первичное влечение к алкоголю как активацию стереотипа, запуск процессов адаптации организма к спиртным напиткам.

Такое понимание природы влечения ставит его в зависимость от выраженности, стабильности и структуры алкогольного стереотипа. На начальных этапах образования стереотипа, когда преобладают изменения на психологическом уровне, а соматобиологические сдвиги выражены незначительно, действие рилизерных факторов будет проявляться преимущественно на психологическом уровне. Это появление потребности в алкоголе либо в форме желания выпить, либо в более выраженном обсессивном виде. Феномен несостоявшейся выпивки также будет разыгрываться на психологическом уровне, оставляя чувство незавершенности, неудовлетворенность, психический дискомфорт и периодически возвращаясь в виде навязчивого желания выпить.

Если алкогольный динамический стереотип достаточно стабилен, ориентирован на значительные количества спиртных напитков и более или менее тотален, то рилизерные факторы будут сопровождаться иногда довольно значительными изменениями функционального состояния органов и систем (колебания гемодинамики, состава форменных элементов крови, уровня сахара, выброс в кровь катехоламинов, кортикостероидов, изменение мышечного тонуса и т. д.). Эта соматобиологическая основа алкогольного динамического стереотипа меняет возникающую потребность в алкоголе не только количественно, но и качественно. Она становится компульсивной, насильственной, приближаясь к основным биологическим потребностям (потребность в пище, воде).

Возникающие соматобиологические сдвиги более длительны, более инертны и значительно труднее компенсируются. Несостоявшаяся выпивка в этих условиях не ограничивается неудовлетворенностью и психическим дискомфортом. Она приобретает биологическую основу, переходя в психосоматический дискомфорт, а неудовлетворенность трансформируется в де-

примированность, тревожность и дисфорию, часто с раздражительностью и агрессией.

Таким образом, потребность в алкоголе на поздних этапах формирования алкогольного динамического стереотипа, получая соматобиологическую основу, усиливается и становится компульсивной.

СИМПТОМ ОТМЕНЫ. ПРИЗНАКИ ОБЛИГАТНОСТИ ОПЬЯНЕНИЯ И СНИЖЕНИЯ (УТРАТЫ) СИТУАЦИОННОГО КОНТРОЛЯ

Алкогольный динамический стереотип формируется незаметно как для самого индивида, так и для окружающих. Поскольку этот процесс есть процесс адаптации, с его помощью осуществляется «подгонка» организма к экзогенному фактору. Если действие разворачивается по привычному сценарию, то алкогольный динамический стереотип обуславливает его большую результативность (более выраженная эйфория, отсутствие побочных действий, более высокая толерантность).

Все меняется, как только нарушается привычный стереотип действия, когда реализация готовящейся выпивки по тем или иным причинам откладывается или становится невозможной (увеличение времени между действием условного и безусловного раздражителя, отсутствие безусловного подкрепления). Тут и выявляется в полной мере алкогольный динамический стереотип. Явления, развивающиеся в результате такого изменения ситуации, можно назвать симптомом отмены.

В зависимости от выраженности алкогольного динамического стереотипа феномен отмены может иметь различную симптоматику. При умеренном употреблении спиртных напитков, когда стереотипа еще нет, отмена выпивки, подготовка к которой уже начата, может пройти незаметно, во всяком случае не доставит человеку много неприятностей. При систематическом и привычном пьянстве отмена затруднена. Она оставляет чувство чего-то незавершенного, вызывает неудовлетворенность, снижает настроение. Это состояние длительное, оно может сопровождаться определенными действиями для преодоления преграды и завершения выпивки. Однако деятельность в этом направлении может быть свернута.

При заболевании, когда алкогольный динамический стереотип сформирован и имеет четкую соматобиологическую основу, прекращение деятельности по реализации выпивки становится невозможным. Препятствия вызывают соматопсихический дискомфорт, дисфорию, стремление любой ценой завершить выпивку, агрессию. Реализация выпивки становится необходимой, несмотря на изменившуюся ситуацию или серьезные негативные последствия. Фактически это уже симптом снижения (утраты) ситуационного контроля.

Следовательно, можно полагать, что в основе снижения си-

туационного контроля лежит сформированный алкогольный динамический стереотип, имеющий соматобиологическую основу.

УСЛОВНОРЕФЛЕКТОРНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ

Условнорефлекторные механизмы в развитии алкогольного опьянения позволяют объяснить и ряд клинических феноменов, описываемых в литературе как «сухое» опьянение. В клинике алкоголизма не раз отмечалось возникновение определенных, часто достаточно четких признаков опьянения без употребления спиртных напитков.

Еще в 1888 г. П. И. Ковалевский писал, что «если в лечебницу приводят нового субъекта в полной красе опьянения, то содержащиеся там больные, месяцами не знавшие алкоголя, при виде этого безобразия как бы одуревают и опьяневают так, что у некоторых развивается полная картина опьянения». И далее: больные хроническим алкоголизмом в состоянии ремиссии при антиалкогольной работе, «увлекаясь ярким описанием картины ужасов опьянения, мало помалу под влиянием воображения начинают пьянеть и к концу речи становятся совершенно пьяными».

Отмечается, что широкий круг эффектов, ранее приписываемых фармакологическим свойствам алкоголя, может вызывать только ожидание действия спиртного, например при употреблении плацебо, имитирующего спиртной напиток [Miller W. R., Sausedo K. F., 1983]. A. F. Williams с соавт. (1978) относят к эффектам ожидания спиртного, кроме тяготения к алкоголю, еще половое влечение и агрессивное поведение.

Выше уже указывалось, что только органолептическое воздействие спиртных напитков вызывает у больных алкоголизмом вегетососудистые реакции и поведенческие реакции опьянения [Корсунский И. В., 1973].

Можно предположить, что рилизерные факторы не только запускают механизм адаптации и провоцируют влечение, но и тогда, когда соматобиологический компонент стереотипа достаточно выражен, вызывают симптомы опьянения, «предвосхищающие» действие спиртного. В некоторых случаях этот феномен выступает как «опережающая» фаза опьянения: признаки опьянения опережают прием алкоголя, появляются раньше него (см. рис. 9).

Опережающая фаза, «сухое» опьянение возникают уже после длительного злоупотребления спиртными напитками (II и III стадии алкоголизма; у систематически и привычно пьющих на третьем этапе развития алкогольной привычки), когда толерантность к алкоголю снижается. Это дает основание связывать указанный феномен с истощением механизма адаптации к алкоголю.

АЛКОГОЛЬНЫЙ ДИНАМИЧЕСКИЙ СТЕРЕОТИП И СИНДРОМ ИЗМЕНЕННОЙ РЕАКТИВНОСТИ

Формирование алкогольного динамического стереотипа сопровождается двумя группами феноменов. С одной стороны, происходит все большая адаптация организма к алкоголю с ростом толерантности, усилением эйфоризирующего эффекта, снижением побочного действия. С другой стороны, появление рилизерных факторов, интенсификация самого стереотипа сопровождается формированием «первичного» влечения к алкоголю, усилением влечения к нему в процессе выпивки (вторичное влечение), снижением (утратой) ситуационного и количественного контроля. Собственно, это процесс изменения взаимоотношений между организмом и алкоголем, т. е. изменения реактивности организма.

Следовательно, формирование алкогольного динамического стереотипа приводит к изменению реактивности организма на алкоголь. Вернее, в основе изменения реактивности на алкоголь лежит формирование алкогольного динамического стереотипа.

Таким образом, выделение условнорефлекторных механизмов, приводящих к образованию алкогольного динамического стереотипа, дает возможность проследить формирование если не всех, то многих диагностически важных симптомов, развивающихся при алкоголизме. Естественно, образование рефлекторных цепей — не единственный механизм при возникновении заболевания, но он играет в нем важную, если не основную роль.

В заключение остановимся на взаимоотношениях алкогольного динамического стереотипа с алкоголизмом, на связи этих двух понятий.

Сформированный алкогольный динамический стереотип совсем не обязательно является патологическим образованием. Действительно, у каждого больного алкоголизмом есть алкогольный динамический стереотип, но не каждый человек, имеющий его, болен. Появление стереотипа свидетельствует только о формировании устойчивой привычки к употреблению спиртных напитков. Стереотип есть уже при систематическом и привычном пьянстве.

ГЛАВА 13

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ, НЕКРИТИЧНОСТЬ К ПЬЯНСТВУ И АЛКОГОЛЬНАЯ АНОЗОГНОЗИЯ

Описанные в предыдущем разделе психологические защитные механизмы личности при алкоголизме позволяют по-новому подойти к трактовке такого распространенного клинического симптома, как алкогольная анозогнозия.

В медицине существует ряд сопряженных, но неоднозначных понятий, клиническое содержание которых частично перекрывается, — «переживание болезни», «сознание болезни», «представление о болезни», «позиция личности», «внутренняя картина болезни», «критика» к болезни и, наконец, «анозогнозия».

Еще Е. К. Краснушкин (1933) использовал термины «сознание болезни», «представление о болезни». Более подробно реакцию личности на болезнь исследовал немецкий невропатолог А. Гольдшейдер. Комплекс представлений о болезни он назвал «аутопластической картиной» болезни в противовес аллопластической картине — сумме объективных функциональных и органических расстройств. Аутопластическая картина болезни, надстраиваясь над аллопластической, вбирает в себя всю массу болезненных ощущений, переживаний и представлений о болезни, т. е. весь внутренний мир больного человека. А. Гольдшейдер выделял два компонента аутопластической картины болезни: сенситивный, включающий комплекс связанных с болезнью ощущений, и интеллектуальный, надстраивающийся над сенситивным и являющийся результатом его переработки.

Понять больного — значит понять его внутреннюю картину болезни. Для соматических заболеваний А. Р. Лурия в 1943 г. предложил термин «внутренняя картина болезни», под которой он понимал отражение личностью своей болезни, совокупность ощущений, испытываемых больным. Внутренняя картина болезни у А. Р. Лурия, так же как и у А. Гольдшейдера, строится на двух уровнях: сенситивном — совокупность ощущений, испытываемых больным, и интеллектуальном — логическая интерпретация этих ощущений.

Т. Н. Резникова, В. М. Смирнов (1976) дополнили эту модель понятием о церебральном информационном поле болезни (ЦИПБ). ЦИПБ — относительно стабильная мозговая функциональная структура, формирующаяся на основе сведений о болезни, которыми располагает больной. ЦИПБ включает сенсорно-эмоциональную и логическую субмодели. Образование модели болезни и связанная с этим осознанная или неосознанная потребность ее преодоления (где важную роль, по мнению авторов, играет инстинкт самосохранения) ведут к формированию программ и целей личности, направленных на борьбу с болезнью.

Клинической проекцией этого психологического феномена (внутренней картины болезни) является осознание своей болезни, т. е. критика. Критическое отношение к болезни — важный феномен, широко используемый в психиатрической практике. Способность критически оценивать свое состояние, посмотреть на себя «со стороны» — один из основных показателей сохранности личности, нормального протекания психических процессов. Утрата способности понимать существование болезни, болезненность тех или иных симптомов обозначается как анозо-

гнозия. Это отрицание (или недооценка) субъектом объективно существующего расстройства, связанное с нарушением осознания болезненного процесса.

Термин «анозогнозия» заимствован из невропатологии, где он употребляется при описании органического поражения головного мозга. В психиатрии этот термин используется для обозначения феноменов, встречаемых в клинике органических расстройств (травматических, сосудистых, инфекционных). Здесь за ним сохранилось его феноменологическое значение — анозогнозия свидетельствует о психоорганическом синдроме.

Недооценка или полное отрицание больным алкоголизмом своего болезненного состояния отмечалось многими авторами и связывалось с нарастающими органическими изменениями мозга. Термин «алкогольная анозогнозия» был введен И. И. Лукомским. Позже отрицание своей болезни больными алкоголизмом различные авторы обозначали как «механизм психологической защиты» [Бассин Ф. В., Рожнов В. Е., 1975], «нарушения личностного компонента мышления» [Гульдман В. В., Померанцева О. Ю., 1977], изменение «иерархии потребностей и мотивов личности», «системы ценностной ориентации» [Братусь Б. С., 1970], «недостаточную осведомленность больных об алкоголизме как о болезни» [Гирич Я. П., 1977], «некритическое отношение к заболеванию» [Зенченко Е. И., Игонин А. Л., 1981]. Однако термин «алкогольная анозогнозия» оказался более универсальным и получил широкое распространение.

Помимо алкогольной анозогнозии, В. С. Гуськов, В. В. Политов (1980) описали так называемую систему обманных оправдательных мероприятий (СООМ), которая на разных этапах алкоголизации и при разных ее формах камуфлирует, затеняет, маскирует алкоголизм. СООМ создается больным постепенно, продуманно, в течение месяцев и даже лет и включает в себя структуры интеллектуальные, эмоциональные, волевые, психологические, социальные и т. д. На протяжении определенного времени СООМ остается действенной и наряду с алкогольной анозогнозией позволяет больному избегать врачей.

Относительно природы алкогольной анозогнозии не существует единого мнения. Ряд авторов относят алкогольную анозогнозию к психоорганическим симптомам, полагая, что неспособность понять болезненность своего пьянства свидетельствует о раннем органическом, деструктивном процессе [Лукомский И. И., 1963]. Другие рассматривают это понятие шире, допуская различное положение анозогнозии в ряду психопатологических феноменов — от деперсонализации, с одной стороны, до диссимуляции — с другой [Познанский А. С., 1974]. Подчеркивая колебания выраженности симптома, А. С. Познанский вводит термин «парциальная анозогнозия», понимая под ним либо осознание неправильности своих действий в сочетании с тенденцией оправдывать свое поведение в каждом конкретном случае, либо отсутствие прямой связи болезненных ощущений со злоупот-

реблением алкоголем (расщепление между сенситивной и интеллектуальной частями аутопластической картины болезни).

Касаясь природы алкогольной анозогнозии и кристаллизации сознания болезни, Б. С. Братусь ([1973]) высказал мысль о том, что больной алкоголизмом не критичен к своему состоянию не только вследствие интеллектуального снижения, но и потому, что иерархия его мотивов глубоко изменена. По А. Н. Леонтьеву (1981), мотив не только стимулирует, побуждает деятельность, но и, что не менее важно, придает ей определенный личностный смысл, субъективную ценность, т. е. являет собой определенное личностное отношение к действительности. Некритичные высказывания больных алкоголизмом, по мнению автора, отражают определенную систему их взглядов, позицию личности. Лично значимым становится лишь то, что ведет к удовлетворению потребности в алкоголе.

Большинство авторов стоят на компромиссной позиции, относя формирование алкогольной анозогнозии к действию комплекса органических и психогенных факторов [Стрельчук И. В., 1973; Качаев А. К. и др., 1976; Бокий И. В., Гузиков Б. М., 1979]. Можно считать, что симптом алкогольной анозогнозии не однозначен и представляет собой комплекс различных по составу и выраженности клинических проявлений.

Вначале остановимся на природе анализируемого явления. Приведенные в предыдущем разделе данные о формировании психологической защитной системы при злоупотреблении спиртными напитками позволяют связать с ней симптомы алкогольной анозогнозии. Видимо, алкогольная анозогнозия имеет только внешнее сходство с анозогнозией при сосудистых и органических заболеваниях головного мозга, но ее природа совсем иная. Она имеет не органическое, а психологическое происхождение и скорее связана с «нежеланием» понять болезненность своего пьянства, чем с неспособностью это сделать.

Доказательства тому находятся в самой структуре симптома алкогольной анозогнозии, который даже клинически отличается от анозогнозии при органических поражениях головного мозга. Это легко проследить при сопоставлении динамики анозогнозии и развития деструктивного процесса. Клинические данные показывают, что деструктивные процессы усиливаются с течением заболевания, наиболее полно проявляясь в III, исходной, стадии, называемой энцефалопатической [Портнов А. А., Пятницкая И. Н., [1972]]. Следовательно, критика к болезни, пропорциональная функциональной сохранности мозга, должна быть больше в начальной стадии заболевания, когда деструктивный процесс минимален, и убывать по мере усиления психоорганической симптоматики. В III, исходной, стадии критика должна стать наименьшей.

Однако на практике наблюдается обратная картина. Критика к болезни в I стадии заболевания практически отсутствует, сознание болезни начинает выкристаллизовываться только во

II стадии, о чем свидетельствуют попытки искать помощи у врача. Большинство больных обращаются к врачу именно во II стадии заболевания, больные в I стадии составляют лишь 2—4% [Портнов А. А., 1969].

В связи с этим предположение о том, что пьянство может поддерживаться внутренним конфликтом, связанным с выходом поведения за социально приемлемые рамки, маловероятно. По мнению автора, алкоголик, с одной стороны, испытывает желание выпить, с другой — встречает противодействие общества. Возникающая дилемма «пить или не пить» проецируется в сознании, порождая конфликт. Однако такая схема не учитывает действия психологических защитных механизмов, которые предохраняют индивида от личностного конфликта.

Необходимо отметить, что структура внутренней картины болезни, определяемая механизмом ее формирования, требует уточнения. Двухуровневая система (сенситивный уровень — совокупность испытываемых больным ощущений и логический — интерпретация этих ощущений), предложенная А. Р. Лурия еще в 1943 г., в настоящее время представляется неполной. Дело в том, что формирование внутренней картины болезни не заканчивается фазой сенсорного синтеза, когда на основании переработки патологической импульсации из того или иного органа, системы формируется представление о своей болезни: болит рука, нога, живот. За ней непременно следует следующая фаза — осознание значения возникшей болезни, ее ценностного ранга и отсюда влияние на мотивационную структуру личности, поведенческие реакции. Это целостный (холистический) уровень, уровень всей личности.

На холистическом уровне осознается значение заболевания, определение того, какие последствия повлечет установление диагноза. Болезнь может быть «выгодна» индивиду, помогать ему в решении каких-то жизненных проблем, как при некоторых формах неврозов, а может, наоборот, мешать ему жить, затруднять его деятельность. В зависимости от значимости, «полезности» болезни осознание происходит различно. Включающиеся психологические защитные механизмы искажают информацию, гиперболизируя болезненные признаки в одном случае и умаляя их значение во втором. Включение психологических защитных механизмов осуществляется на подсознательном уровне и не зависит от волевых усилий человека.

Влияние критерия значимости не исчерпывается третьим, холистическим, уровнем, а распространяется на все нижележащие уровни вплоть до изменения потока interoцептивной импульсации из больного органа.

Формирование внутренней картины болезни в значительной мере зависит, если можно так выразиться, от социального статуса болезни, ее престижности. Есть болезни престижные и даже модные, в некотором роде повышающие социальный статус человека, а есть болезни непопулярные, в которых признаться

неудобно и даже стыдно. Последнее полностью относится к алкоголизму. В обществе утвердилось негативное отношение к алкоголизму вне зависимости от того, болезнь это или нет. В связи с этим признание заболевания есть процесс дискредитации «я» (социальной сегрегации). Утвердив себя больным, человек признает свою ущербность, расписывается в собственном бессилии. Естественно, он сопротивляется такой компроматации. Это сопротивление тем интенсивнее, чем выше социальный статус человека, уровень самоуважения и ранимее «я».

Однако проблема имеет еще один уровень — межличностный. Даже если внутренняя картина болезни сформирована и человек уже знает, что он болен, далеко не всегда это декларируется, сообщается окружающим («я знаю, что болен, но вам этого знать не нужно»). Этот феномен довольно часто наблюдается у сильных натур при возникновении тяжелых, угрожающих жизни заболеваний (злокачественные новообразования, болезни крови). Расхождение между формированием внутренней картины болезни и ее декларацией у больных алкоголизмом бывает практически всегда, хотя объясняется другими причинами.

Собственно говоря, блок между личностным и межличностным уровнями, отрицание болезни тогда, когда внутренняя картина болезни уже сформирована, также является формой психологической защиты, но уже осознанной. Человек пытается сохранить свой социальный статус, не допустить дискредитации «я» в глазах общества, хотя самоуважение уже значительно снижено.

Таким образом, формирование внутренней картины болезни при алкоголизме позволяет выделить 4 уровня, которые не являются специфически алкогольными и существуют при любом другом заболевании: интероцептивный, логический, личностный (холистический) и межличностный.

Такое понимание требует уточнения терминологии. Поскольку формирование внутренней картины болезни осуществляется уже на третьем уровне, его отсутствие можно обозначить термином «анозогнозия». Изменения в декларации болезни (рекламирование или сокрытие ее), вероятно, нужно называть отсутствием критики (анозололия).

Психологическая защита, лежащая в основе алкогольной анозогнозии, может строиться на подсознательном уровне, а может быть и совершенно осознанной. В зависимости от этого структура симптома будет различной. Неосознаваемые механизмы психологической защиты образуют блок на сенситивном и логическом уровнях. Информация, противоречащая личностным установкам и способная дестабилизировать «я», либо вообще не воспринимается, либо искажается настолько, что приобретает безобидную форму.

Если такая защита пробивается, то формируется внутренняя картина болезни. Однако это еще не означает разрушения

всего здания защиты и исчезновения алкогольной анозогнозии. Борясь с дискредитацией «я», утверждая себя как личность, больной продолжает отрицать заболевание и упорно отказывается от лечения, хотя в глубине души уже знает, что он болен, что он алкоголик. В связи с этим, несмотря на существование внутренней картины болезни, заболевание не будет декларироваться. Только тогда, когда пробиваются все 4 уровня, человек соглашается с тем, что у него возникло заболевание и ему нужно лечиться (критика болезни). Однако такое признание сопряжено со значительным снижением личностного статуса и самоуважения.

Как формируется алкогольная анозогнозия? Поскольку алкогольная анозогнозия есть следствие психологической защиты, формирование этого симптома должно быть тесно с ней связано. Методы психологической защиты совершенствуются с усилением алкоголизации, которая вступает в противоречие с нормами и обычаями общества.

Вначале выход за пределы групповых алкогольных норм сопровождается изменением алкогольных установок и расширением диапазона приемлемых личностью форм поведения. Затем, когда этого оказывается недостаточно, присоединяются механизмы перцептивной оценочной деформации (акцентировка, парциальная перцепция.) Одновременно с этим формируются объяснительные системы — сначала в виде поводов для отдельных эпизодов пьянства, а затем и в глобальном виде, постулирующие пьянство как жизненный стиль, как модус существования.

Психологическая защита, выражаясь языком стратегии, становится глубоко эшелонированной. В сознание не допускается мысль не только о заболевании, но даже о чрезмерности пьянства («пью как все»). Это дает возможность индивиду в большинстве случаев относительно бесконфликтно пройти этапы систематического и привычного пьянства, а также I стадию алкоголизма (рис. 10, 1).

Разрушение системы психологической защиты также происходит постепенно, чему соответствует снижение выраженности симптома алкогольной анозогнозии и синхронное появление критического отношения к болезни. К этому времени социальные санкции оказываются столь значительными, а социальная дезадаптация — столь резкой, что даже мощная психологическая защита у больного алкоголизмом не в состоянии инкапсулировать личность.

В начале II стадии заболевания мысли о болезни временами проникают в сознание, но тут же вытесняются. В последующем такие подозрения сохраняются дольше. Этому в значительной мере способствует состояние абстиненции и соматопсихического дискомфорта. К середине II стадии мысли о болезни порождают личностный конфликт и идеи ущербности «я», но не декларируются. В беседе с врачом больной даже в

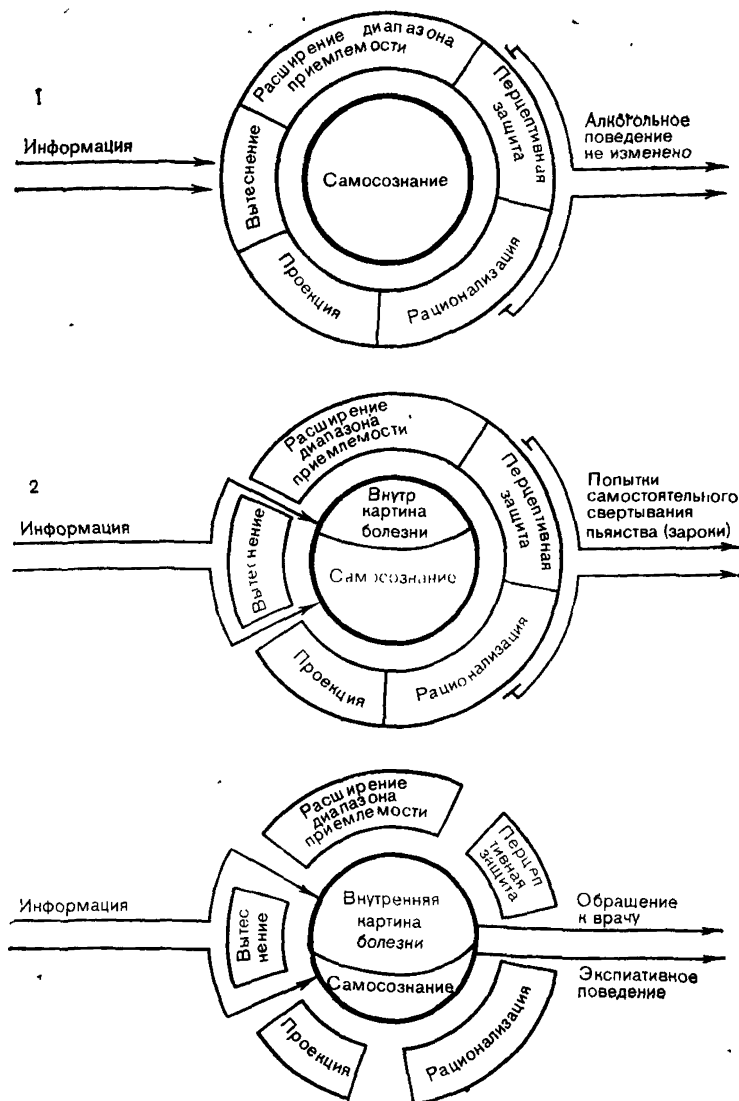


Рис. 10. Разрушение психологической защиты и формирование внутренней картины болезни при алкоголизме.

1 — «глухая» психологическая защита. Полная некритичность к пьянству, алкогольная анозогнозия; 2 — частичное разрушение психологической защиты. Формирование внутренней картины болезни. Поведенческий стереотип не меняется. Анозогнозия сохраняется; 3 — полное разрушение психологической защиты. Внутренняя картина болезни максимально соответствует реальности. Изменение рисунка поведения. Установка на лечение.

состоянии абстиненции все еще отрицает свою болезнь, хотя сам уже знает, что она есть (см. рис. 10, 2).

В этих случаях установка на лечение может опережать декларацию болезни. Больные часто под нажимом родственников соглашаются на визит к врачу, хотя на приеме отрицают свое заболевание. Иногда можно услышать совершенно неле-

пое заявление: «Я не алкоголик, но вообще бы полечился». В последующем, по мере нормализации состояния, мысли о болезни быстро вытесняются, и больной уже верит в то, что он здоров («Померещится же такое!»).

По мере учащения и утяжеления абстинентных состояний мысли о болезни возникают все чаще и задерживаются все дольше. Наступает следующий этап, когда на высоте абстиненции человек признает, что болен, и высказывает желание лечиться. Однако достаточно купировать абстиненцию, нормализовать состояние, как больной вновь становится некритичным. Он опять не считает себя больным («Да нет, какой же я алкоголик?!»). Своим действиям, приведшим его в больницу, он пытается дать иное объяснение, рационализировать их («Это меня жена напугала.»). Однако в глубине души остается какой-то страх. Это обычно соответствует завершению II стадии и появлению первых признаков интолерантности.

В дальнейшем мысль о заболевании полностью пробивает психологическую защиту и утверждается в сознании. Больной знает о том, что он «запойный», что не умеет пить «как все», и связывает это с заболеванием. Однако окружающим больной об этом не сообщает и активно защищается, когда ему говорят о заболевании, хотя обычно соглашается лечиться. Мысли о заболевании становятся постоянными; они резко усиливаются в абстиненции, заставляя искать помощи врача, и несколько тускнеют в периоды ремиссии, притупляя бдительность больного.

Наконец, на последнем этапе больной не только осознает, но и декларирует заболевание. Это означает довольно грубую деструкцию «я», значительное снижение самоуважения, чему немало способствуют безуспешные попытки бросить пить при первых признаках разрушения психологической защиты (см. рис. 10, 3). Происходит это поздно, обычно уже в конце II и даже при переходе в III стадию.

Необходимо помнить, что в ряде случаев слова больного о том, что он алкоголик и его нужно лечить, далеко не означают критического отношения к заболеванию. Иногда социальные санкции столь велики, а их последствия, включая снижение самоуважения, столь значительны, что человеку легче пойти на частичную компрометацию «я» путем признания болезни и формального согласия лечиться, чем принять на себя тяжесть этих санкций. Это особенно видно тогда, когда больной стоит перед выбором: уступить давлению окружающих и начать лечиться или потерять семью, работу, попасть в лечебно-трудовой профилакторий. В таких случаях пациент заявляет о том, что он болен, и если нужно, то готов лечиться. Однако такое вынужденное признание ничего общего не имеет с действительным положением дел, поскольку в глубине души больной не считает себя алкоголиком («Если вам так нужно — пожалуйста!»). Формальное признание себя больным — лишь способ

уйти от значимых социальных санкций, оно не имеет ничего общего с критической оценкой своего состояния.

Таким образом, разрушение психологической защиты и кристаллизация сознания болезни происходят постепенно. Можно выделить 4 этапа этого процесса. Вначале появляются только мимолетные мысли о заболевании, которые легко вытесняются. Затем они усиливаются, возникая в периоды абстиненции и во многом определяя психологическое содержание тревожно-депрессивного синдрома. В последующем формируется внутренняя картина болезни, но она не декларируется. Это соответствует появлению желания лечиться, вначале нестойкого, исчезающего в процессе нормализации состояния. Наконец, осознание болезни становится полным, стабильным, а заболевание не скрывается от окружающих.

Говоря об алкогольной анозогнозии, нужно выделять такие ее качества, как стабильность и тотальность. Стабильность, постоянство симптома анозогнозии меняются. В большинстве случаев перед разрушением симптома его выраженность ослабевает, и симптом начинает мерцать. Это сопровождается периодическим появлением критического отношения к заболеванию. Колебания выраженности симптома обычно синхронны с изменением соматопсихического состояния. Клиницистам хорошо известно появление критики и установки на лечение в периоде абстиненции и исчезновение того и другого по мере купирования симптома и нормализации состояния. В периоде абстиненции больной убежденно говорит о том, что он сам остановиться не может, что ему нужно лечиться, просит немедленно его госпитализировать. Однако спустя 3—5 дней он уже не столь уверен в необходимости госпитализации, старается преуменьшить свое пьянство, подать его в выгодном для себя свете. Через 7—10 дней он уже твердо считает, что никакого алкоголизма у него нет, что он пьет, «как все», в больницу попал по недоразумению, считает виновными в этом ближайших родственников и требует выписки. Родственники, хорошо знающие такую динамику отношения к заболеванию, обычно спешат госпитализировать больного в периоде абстиненции, когда его еще можно убедить в необходимости лечиться.

Ундуляция критического отношения к своему состоянию свидетельствует об истощении защитных психологических механизмов и формировании внутренней картины болезни. В последующем периоды критического отношения к заболеванию удлиняются, распространяются и на постабстинентный период, формируя представление о болезни.

Соотношение факторов психологической защиты личности с формированием внутренней картины болезни представлено на схеме. Некритичность пьянства на этапах систематического и привычного злоупотребления алкоголем непосредственно переходит в алкогольную анозогнозию с возникновением заболева-

Расширение диапазона приемлемости
(в основе лежит трансформация
алкогольных установок)

Вытеснение (подавление, репрессия)

Перцептивная защита

игнорирование пьянства,
перцептивная оценочная деформация
акцентировка,
парциальная перцепция

Формирование противоположной реакции

Рационализация (объяснительная система)

поводы
эксquisитные ситуации

Зароки (симптом последнего раза)

Экспиагивное (искупительное) поведение
Объяснительные системы глобального типа
(пропащая жизнь)

Систематическое
и привычное
пьянство

Некритичность
к пьянству



ния. Анозогнозия остается незыблемой на I и частично II стадиях заболевания, определяя негативное отношение больного к лечению. Кристаллизация представления о болезни относится уже к середине II стадии. В этот период больной активно ищет помощи у окружающих, понимая, что погибает, и просит спасти его. Если помощь вовремя не оказана или была неэффективной, то происходит крах личности. Утрата веры в свои силы, в возможность излечения рождает чувство безысходности и пассивное отношение к лечению.

Формирование внутренней картины болезни при алкоголизме отличается от ее формирования при других заболеваниях. Это связано с особенностью клиники алкоголизма, бедностью локальной патологической импульсации (отсутствие боли) и ролью социальных факторов в установлении болезни. Периодическое ухудшение самочувствия связывается не с болезнью, а с постинтоксикационными явлениями. Появляющаяся потребность в алкоголе при систематическом пьянстве и даже на I стадии заболевания остается неосознанной и не идентифицируется личностью как доминирующий мотив поведения. Представление о болезни формируется на основе сведений, полученных от окружающих, которые искажаются системой психологической защиты.

На формирование внутренней картины болезни влияют существование и выраженность явлений абстиненции (сомато-психический дискомфорт). Патологическое влечение к алкоголю, как это ни странно, мало способствует формированию представления о болезни. Вначале, когда влечение к алкоголю незначительно, а нарушения поведения эпизодические, они камуфлируются психологическими защитными механизмами. Прорыв психологической защиты происходит при такой выраженности влечения, которая возможна только на поздних

стадиях заболевания. В связи с этим внутренняя картина болезни фактически формируется при возникновении абстинентных явлений. Именно длительный и достаточно выраженный соматопсихический дискомфорт, особенно субдепрессивные состояния, снижение или полная утрата трудоспособности заставляют человека задуматься над тем, что с ним происходит. Эти состояния вначале связываются с постинтоксикационными явлениями и формируют установку на умеренное употребление алкоголя или полное воздержание на какой-то период. Однако в дальнейшем, по мере неудач при попытках воздержаться или контролировать потребление спиртного, формируется представление о заболевании и необходимости помощи извне.

В связи с этим у лиц с хорошей переносимостью алкоголя, незначительными постинтоксикационными явлениями и абстинентным синдромом внутренняя картина болезни долго не формируется.

Сложная структура алкогольной анозогнозии определяет ее неоднородность. Между полной анозогнозией и полной критикой лежит ряд переходных состояний, различающихся не только количественно. В связи с этим тотальность анозогнозии также может быть различной. Поскольку защитные психологические механизмы нельзя устранить полностью, осознания болезни во всей ее глубине, со всеми вытекающими из этого последствиями, вероятно, не бывает никогда. Внутренняя картина болезни может только в довольно небольшом приближении соответствовать реальному положению вещей. Приводившиеся выше данные А. Л. Нелидова показывают, что внутренняя картина болезни у больного алкоголизмом не соответствует стадии заболевания, а выступает в облегченном, «ослабленном» виде. Чем «моложе» болезнь, тем аморфнее и бледнее представления больного о ней. Максимальной адекватности внутренняя картина болезни достигает лишь к рубежу II и III стадий. Больные относят свое состояние как бы к более ранней стадии болезни.

Разрушение психологических защитных систем происходит постепенно, занимает много времени и делает понятной хорошо известную ундуляцию алкогольной анозогнозии, ее неполное выражение, описываемое рядом авторов как частичная или парциальная анозогнозия [Познанский А. С., 1974; Нелидов А. Л., 1980; Голубков О. З., 1980]. Колебания сознания болезни, на наш взгляд, целесообразно обозначить как ундулирующую анозогнозию, а термином «парциальная анозогнозия» называть ее неполное выражение.

Для понимания сущности алкогольной анозогнозии важна не столько ее внутренняя структура, сколько механизм ее возникновения, ценностное содержание понятия «алкоголизм» и социальное значение этого диагноза для индивида. Нужно помнить, что алкогольная анозогнозия дает возможность сохранить не только самоуважение, но и социальный статус. Преодо-

ление анозогнозии неразрывно связано с изменением отношения больного к самому себе, снижением так называемого ценностного статуса, с изменением всей личностной структуры.

Это необходимо учитывать при определении и тактики психотерапии и всей системы лечебных мероприятий. Врачебная тактика должна быть направлена на преодоление психологической защиты и достижение тем самым критического отношения к болезни. Нужно добиться осознания болезни и сформировать установку на лечение. В то же время необходимо снять с больного «вину» за свою болезнь. Это достигается двумя путями: снижением негативных социальных последствий диагноза («Ну и что же, что алкоголизм? Бывают болезни и похуже. А сколько по-настоящему хороших людей страдали алкоголизмом?») и снятием с личности «вины» за этот диагноз («Каждый может заболеть.»).

Неумелая психотерапевтическая тактика, направленная «в лоб» на убеждение в болезни, не только не приведет к желаемому результату, но обязательно ухудшит отношения между врачом и больным, что, естественно, не способствует лечению.

ГЛАВА 14

ТРАНСФОРМАЦИЯ ЛИЧНОСТИ НА ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Алкогольные изменения личности, определяемые клиническими методами, хорошо известны и обозначаются терминами «снижение уровня личности», «алкогольная деградация», «алкогольная энцефалопатия». Они появляются на поздних этапах алкоголизма (II—III стадии) и сводятся к аффективным нарушениям, морально-этическому снижению, мнестическим и интеллектуальным расстройствам. Считается, что в их основе лежат токсико-деструктивные процессы.

Алкогольные изменения личности на начальных этапах заболевания, а тем более в донозологическом периоде не описаны. Их считают незначительными, не поддающимися выявлению клиническими методами. Действительно, клинически (в традиционном психопатологическом понимании) изменения личности на ранних этапах заболевания практически не прослеживаются. Лишь экспериментально-психологическими методами удается выявить некоторые нарушения ассоциативных процессов и запоминания [Артемчук А. Ф., 1980].

Описанные нами выше закономерности возникновения и развития «алкогольной потребности», а также выделенные рядом авторов эффекты диссоциации дают возможность по-новому подойти к проблеме ранних изменений личности при злоупотреблении спиртными напитками.

Можно выделить 3 основных направления, по которым идет трансформация личности при злоупотреблении алкоголем и на ранних этапах алкоголизма: рост алкогольной потребности и изменение ее места в иерархической системе потребностей и мотивов личности; снижение ценностного ранга других неосновных личностных потребностей; диссоциация личности. Первые 2 механизма тесно связаны и развиваются синхронно.

Вначале остановимся на трансформации личности при возникновении и развитии алкогольной потребности.

«Алкогольная потребность», как любая другая, не может существовать изолированно. Уже упоминалось о том, что потребности и мотивы человека находятся в соподчиненном положении, образуя иерархическую лестницу, на вершине которой стоят основные смыслообразующие потребности, определяющие общую направленность деятельности индивида, внизу — менее значимые, второстепенные. Иерархические отношения потребностей и мотивов определяют ценностную ориентацию личности и направленность деятельности. Стабильность этих отношений составляет основу стабильности личности, постоянства интересов и стремлений. В то же время эта иерархическая система динамична и постоянно изменяется, определяя изменчивость и динамизм самой личности.

Всякая новая потребность не может существовать вне этой системы. Она должна быть соотнесена с другими потребностями и мотивами личности, в процессе чего определяется ее значимость для индивида и место на иерархической лестнице. В связи с этим новая потребность, вплетаясь в имеющуюся систему потребностей и мотивов, в какой-то мере приводит к изменению структуры этой системы, а следовательно, в определенном смысле и самой личности. Интенсивность этого изменения будет соответствовать значимости новой потребности, ее выраженности.

В процессе роста «алкогольной потребности» ее значимость для личности повышается, меняется ее место в структуре потребностей и мотивов. «Алкогольная потребность» начинает перемещаться вверх по иерархической лестнице. Деятельность по ее удовлетворению возрастает и начинает занимать все большее место в структуре деятельности человека. Другие хотя и второстепенные, но достаточно важные для личности потребности оттесняются вниз и редуцируются. Это сопровождается снижением их побудительной силы и сокращением деятельности по их удовлетворению. В жертву этой перестройке прежде всего приносятся высшие потребности, удовлетворение которых сложное, опосредованное (например, эстетические потребности). Процесс развивается прогрессивно, приводя в конце эволюции (при возникновении заболевания) к выраженной редукции большинства потребностей и мотивов личности. Личностная структура оказывается резко деформированной.

Такая трансформация личности при возникновении и разви-

тии «алкогольной потребности» сочетается с сохранением прежнего уровня самоуважения и статуса «я». Злоупотребление спиртными напитками приводит к формированию эшелонированной психологической защиты. Она, как броня, надежно защищает личность от проникновения информации, дестабилизирующей «я»; алкогольная потребность усиливается при бескритичности к пьянству, непонимании происходящих изменений.

Процесс идет медленно, постепенно. Поскольку эмоциональный компонент деятельности вообще мало осознается и в значительной части остается на подсознательном уровне, происходящие изменения личностью не фиксируются. Лишь со стороны можно заметить, что человек изменился: растерял прежнюю живость восприятия, охладел к своей работе, перестал интересоваться окружающим, формализовал свои отношения в семье, стал невнимательным к жене, охладел к детям. Его с трудом можно вытащить к знакомым, если там не угощают спиртным.

Это сопровождается изменением мотивационной сферы, связанной с преимущественным снижением побудительной силы мотивов — сужением круга интересов, сокращением разнообразия видов деятельности, снижением позитивного эмоционального радикала при удовлетворении потребностей, а также частичным нарушением процессов смыслообразования — неустойчивостью мотивационной сферы, рядоположенностью мотивационных факторов.

Вначале деятельность проявляет определенную инертность и еще какое-то время сохраняется, обуславливаясь сложившимся стереотипом, необходимостью (трудовая деятельность), социальным давлением, иногда престижными соображениями, но удовлетворения она уже не приносит. Субъективно это дает ощущение безрадостности существования (одни обязанности, нет ощущения полноты жизни). Вне алкоголизации чувство неудовлетворенности жизнью доминирует. С этим тесно связана трансформация деятельности. Угасание социально-позитивных потребностей приводит к тому, что деятельность по их удовлетворению также редуцируется.

Меняется и сфера общения, прежде всего круг ближайших друзей. Лица, общение с которыми не сопровождается приемом алкоголя, отходят на задний план, а потом и вообще «забываются». Не проявляя интереса к окружающим, человек сам становится скучным, неинтересным для других. На первый план общения выдвигаются «друзья», готовые всегда поддерживать компанию.

В психологическом смысле «алкогольная» потребность необязательная, второстепенная, она приобретает патологические черты только тогда, когда занимает доминирующее положение в иерархической системе потребностей и мотивов, а потребление спиртных напитков становится смыслообразующим мотивом.

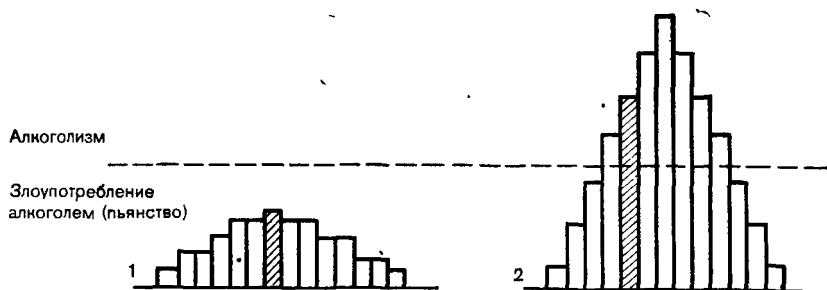


Рис. 11. Развитие «алкогольной потребности» у лиц с различной структурой личности (мотивационное поле). Косой штриховкой обозначена «алкогольная потребность».

1 — у лица с аморфной личностной структурой и недостаточно выраженными потребностями; 2 — у лица с четкой личностной структурой и хорошо выраженными потребностями.

вом деятельности. В клиническом смысле «алкогольная потребность» становится патологической тогда, когда превращается в обсессивное влечение, формируя синдром зависимости от алкоголя.

В типичных ситуациях эти процессы протекают синхронно и алкогольная потребность клинически становится патологическим явлением, когда начинает доминировать. Однако в некоторых случаях эта синхронность нарушается. Наиболее четко диссоциация между психологическими и клиническими критериями патологической алкогольной потребности выявляется в следующих случаях.

Если личность мало структурирована, личностные потребности недифференцированы, а их иерархические отношения аморфны (аструктурная личность), то возникающая алкогольная потребность даже при незначительной выраженности быстро становится доминирующей (рис. 11). По психологическим критериям такая алкогольная потребность уже патологическая, поскольку алкоголь стал основным смыслообразующим мотивом деятельности, а алкогольдобывающая деятельность сделалась главной. В то же время клинических патологических черт алкогольная потребность еще не приобрела — пока нет синдрома зависимости, сама потребность не приняла вид обсессии и легко угасает под действием ситуационных факторов.

Этот вариант часто наблюдается у подростков, особенно при каких-либо нарушениях процессов социализации (чем в значительной мере и обуславливается «аструктурность» личности), при недостаточности развития мотивационной сферы, ее аморфности, при аномалиях формирования алкогольных установок.

В противоположных случаях у хорошо структурированной личности с выраженными социально-позитивными потребностями, уложенными в четкие соподчиненные отношения, алкогольная потребность, возрастая, долго остается второстепенной, непатологической, не достигает интенсивности основных

личностных потребностей (см. рис. 11,2). Однако в клиническом отношении алкогольная потребность во многом уже приобретает патологические черты — большая частота алкогольных эпизодов (2—3 раза в неделю), высокая толерантность к спиртным напиткам (до 500 мл водки и больше), brutальные формы опьянения, утрата количественного контроля, алкогольные палимпсесты, хотя четкая иерархическая структура потребностей и мотивов сохраняет стабильность личности.

В клинической практике встречаются лица, десятилетиями употребляющие большие количества алкоголя, но сохраняющие трудоспособность. Некоторым это не мешает занимать высокое служебное положение и даже продвигаться по служебной лестнице. Лица этого типа довольно долго, иногда всю жизнь, несмотря на интенсивное пьянство, остаются социально сохранными. Это обычно стеничные, энергичные, работоспособные люди. Если человек с такой личностной структурой является формальным лидером (руководитель учреждения, предприятия и т. д.), то он создает вокруг себя определенный микроклимат, формирует соответствующий стиль работы, делает выпивку неотъемлемым атрибутом успешной деятельности, одним из основных ее критериев. Видимо, те же личностные особенности определяют медленное развитие заболевания в случае его возникновения.

Д. Д. Еникеева (1983), выделяя малопрогрессирующий тип алкоголизма (заболевание 20—45 лет остается на I, реже II стадии без социального снижения), указывает на следующие факторы, сдерживающие развитие заболевания:

- особенности труда — постоянная занятость, нормированный рабочий день, строгие плановые задания;

- характер трудовой деятельности — высококвалифицированные виды труда, требующие большой точности, высокая интенсивность труда — работа на конвейере, сдельная оплата, интеллектуальная деятельность с высокой концентрацией внимания, руководящая работа;

- отсутствие моментов, благоприятствующих пьянству, — высокая трудовая дисциплина, отсутствие побочных заработков, пьющих сослуживцев, семейных питейных традиций, пьянства как профессионального фактора;

- особенности личности — сформированные нравственно-этические установки, целеустремленность, честолюбие, повышенное чувство ответственности перед коллективом, семьей, социально-положительные интересы и увлечения;

- характер микросоциальной среды — сохранность среды, хорошие отношения с близкими, строгий семейный контроль за заработком и времяпрепровождением, культура семейного досуга, бытовая устроенность.

Изменения личности при злоупотреблении спиртными напитками нельзя рассматривать только как деструктивный процесс, как процесс «надстраивания» алкогольной потребности

над структурой личности. Это одновременно и деструкция, и реконструкция, т. е. деформация личности.

Другой принципиально отличный путь изменения личности при злоупотреблении спиртными напитками — диссоциация. Диссоциация (по некоторым авторам — познание, зависящее от состояния) — поведение опьяневшего, не связанное с личностными установками, системой ценностных ориентаций трезвого человека.

Изменения поведения в состоянии опьянения хорошо известны и описаны многими авторами. Их суть сводится к трансформации поведенческих актов фармакологическим, точнее, психотропным действием алкоголя. Однако при этом не учитывается то, что в состоянии опьянения человек продолжает функционировать, т. е. выполнять какие-то целенаправленные действия. Эти действия вне зависимости от желания человека фиксируются, формируя поведенческие стереотипы. Поведенческие навыки (если человек пьян часто, то он проводит в состоянии опьянения значительное время, и эти навыки должны быть хорошо выражены) не ассоциируются или мало ассоциируются с рисунком поведения в трезвом виде, существуют изолированно, параллельно ему.

В последнее время за рубежом появились экспериментальные работы по диссоциации. Установлено, что как животные, так и человек лучше воспроизводят навыки, выработанные в состоянии опьянения, при достижении аналогичного наркотического состояния [Miller W. R., Sausedo K. F., 1983].

Этот феномен имеет четкую патофизиологическую основу. Овертон и Отис (1972, 1978) показали, что навыки, приобретенные животными под действием центральных депрессантов (пентобарбитал, хлорпромазин), отличаются от навыков, проявляемых животными вне действия этих средств. Овертон к тому же доказал, что навык, приобретенный при измененном состоянии центральной нервной системы, может быть противоположен тому, который проявляется в норме.

Аналогичные данные получили на человеке Stillman и соавт. (1974). Материал, предъявленный обследуемому впервые на фоне действия наркотика (марихуана), воспроизводится лучше, если человек снова получил этот наркотик, чем без наркотика.

Эффект диссоциации обуславливается довольно широким кругом фармакологических средств (алкоголь, наркотики, нейролептики) и регистрируется как у здоровых лиц, так и у больных алкоголизмом.

Подчеркивая важность процессов диссоциации, T. Storm, R. G. Smart (1965) предположили, что различие в поведении трезвого и пьяного больного алкоголизмом объясняется указанными выше особенностями действия алкоголя. Чем длительнее процесс алкоголизации и больше количество алкоголя, тем большей диссоциации поведения мы вправе ожидать. Фе-

номеном диссоциации авторы объясняют многие симптомы алкоголизма: двойственное отношение к собутыльникам, амнезию в состоянии опьянения, когда человек при повторном опьянении вспоминает то, что забыл после предшествующего (будучи пьяным, прячет бутылку, отрезвев, не может ее найти, но, опьянев в очередной раз, «вспоминает» тайник). Авторы объясняют потерю количественного и ситуационного контроля тем, что принятые в трезвом виде решения не могут иметь силу в состоянии опьянения. Поскольку любая терапия проводится трезвому пациенту, трудно ждать хороших результатов. Авторы считают более эффективным лечение на фоне приема алкоголя.

Можно предположить, что в состоянии опьянения активизируются прежние ассоциативные связи, сформированные личностью на основе прошлого алкогольного опыта, стереотипа поведения, выработанного в периоды предшествующих опьянений, которые не проецируются в сознание трезвого человека и в обычное время прочно угнетены. Это целая система связей, установок, ценностных ориентаций, свой особый мир, где уровень самоуважения высок, где существуют иные способы самовыражения и самоактуализации. Она актуализируется и проецируется в сознание (измененное алкоголем) только в состоянии опьянения.

В связи с этим поведение опьяневшего становится мало-предсказуемым, его нельзя вывести из его личностных установок, и потому оно не понятно окружающим. Так, в состоянии опьянения человек вдруг «вспоминает», что ему нужно навестить друга, с кем-то выяснить отношения. Утром ни он сам, ни тем более окружающие не могут понять, зачем он куда-то ехал, что-то говорил, с кем-то спорил («Какой черт меня туда понес?!»). Иногда в состоянии опьянения человек вдруг вспоминает событие, которое он тщетно пытался вспомнить трезвым.

Таким образом, при частом употреблении спиртных напитков и злоупотреблении ими фактически начинает формироваться вторая личность, другое «я», которое значительно отличается от «я» трезвого и даже во многом ему противоположно. Постепенно по мере усиления алкоголизации это другое «я» начинает приобретать плоть и кровь, обрастать сетью ассоциативных связей, накапливать массу информации, полученную в состоянии опьянения. Рассказы собутыльников, анекдоты, случайные контакты начинают составлять значительный «операционный» багаж. Этим багажом человек легко пользуется в состоянии опьянения. Опьяневший становится другим, более «светским», более компанейским. Он всем нравится, а главное, таким он нравится самому себе.

Поскольку эти навыки и знания существуют изолированно и не проецируются в сознание трезвого человека, такое «обогащение» личности в опьянении идет за счет обеднения трезвой личности.

При злоупотреблении спиртными напитками человек вступает в общение обычно в состоянии опьянения. Это делает понятной утрату способности к полноценному общению в трезвом виде. Сокращается не столько объем знаний, сколько умение ими пользоваться. Трезвый становится скучным, неинтересным. Он самому себе противен, чувствует себя скованно и неуверенно, так как не знает, о чем говорить с собеседником (не может вспомнить никаких тем для разговоров), если тот не пьет.

Диссоциацию в той или иной мере можно наблюдать у любого злоупотребляющего спиртными напитками. Более четкое ее формирование в том или ином случае, возможно, связано с некоторыми личностными особенностями, в частности с возможностью одновременного сосуществования нескольких некоррелируемых, часто противоположных идей (компартиментализация).

Феномен диссоциации можно было бы объяснить нарушением сознания, в частности, его сукцессивной функции (по М. О. Гуревичу), обеспечивающей связь с прошлым опытом. Можно было бы считать, что поведение формируется на основе сиюминутного синтеза, если бы не было стереотипизации поведения в состоянии опьянения. Скорее всего, это именно формирование новой системы ассоциативных связей, алкогольного стереотипа.

Диссоциация, несомненно, является одним из признаков алкогольного изменения личности как на донозологическом этапе, так и в процессе заболевания. Однако диссоциация — это принципиально новый феномен. Личностные качества, формируемые в процессе диссоциации, не выводимы из свойств личности.

ГЛАВА 15

О ПРЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЛИЧНОСТИ

Закономерности взаимоотношения болезни и личности остаются одной из центральных проблем наркологии. Здесь наиболее четко реализуется личностный подход, ставший ведущим принципом отечественной науки.

Исследованиям роли личности в возникновении алкоголизма посвящено много работ в двух не всегда дифференцируемых направлениях — выявление роли личностных аномалий (неврозов, психопатий) и непатологических особенностей (акцентуации, характерологические сдвиги) в возникновении и течении заболевания. Первый вопрос больше связан с преморбидной отягощенностью психическими аномалиями и уходит корнями в наследование алкоголизма. Второй ближе к рассматриваемой теме и имеет несколько аспектов — личностные особенности,

определяющие предрасположенность к алкоголизму (поиски так называемой преалкогольной личности, потенциального алкоголика) и влияние длительного злоупотребления спиртными напитками на личность — алкогольные изменения личности, алкогольная деградация. В последнее время выявилось еще одно направление — влияние личностных особенностей на прогрессивность процесса, вариабельность течения (патопластическая роль личности).

Оставим в стороне алкогольные изменения личности, а также их патопластическую роль в формировании клиники заболевания и остановимся на вопросе о преалкогольной личности.

Еще со времен Р. Крафт-Эбинга (1897) в психиатрии укоренилось мнение о том, что алкоголизм обычно возникает у лиц с определенными личностными аномалиями. В отечественной науке подобной точки зрения придерживались С. С. Корсаков (1901), Ф. Е. Рыбаков (1910), С. Г. Жислин (1928) и др. В наиболее завершенном виде эта концепция соотносит возникновение заболевания с конституциональными особенностями и может быть прослежена в работах Э. Кречмера (1930), обратившего внимание на различную реакцию на алкоголь циклоидов и циклотимов, с одной стороны, шизоидов и шизотимов — с другой, С. Г. Жислина (1928), описавшего шизоидных и синтонных алкоголиков, и W. H. Sheldon, S. S. Stevens, W. B. Tucker (1940), связывавших реакцию на алкоголь с выделенными ими типами темперамента (висцеротоники, соматотоники и цебротоники).

П. Б. Ганнушкин (1933) считал особенно предрасположенными к алкоголизму неустойчивых, безвольных психастеников, склонных к дистимиям, и возбудимых лиц с грубым аффектом.

К. Pohlisch (1933) выделил следующие типы преморбидных личностных аномалий у больных алкоголизмом: гипертимный, депрессивный, возбудимый, неустойчивый, характеризующийся псевдологией, и смешанный. Он подчеркивал, что опасность заболевания особенно велика для мягких, слабовольных, депрессивных личностей. У 25% обследованных больных автор в преморбиде не выявил личностных аномалий, однако позднее значительную часть этой группы отнес к циклотимикам, обладающим, по его мнению, особой устойчивостью к алкоголизму. Однако С. Amark (1951) среди вариантов преалкогольной личности в первую очередь выделил именно циклотимиков. М. Е. Бурно (1969) описал 5 вариантов структуры личности, предрасположенной к алкоголизму.

Этот перечень можно продолжать практически бесконечно и, вероятно, легче перечислить варианты личности, которые не встречаются в преморбиде алкоголизма. Уже само вычленение в преморбиде лиц противоположных типов делает сомнительной специфичность преалкогольной личности.

Имеются работы, указывающие на отсутствие сколь угодно значимых различий частоты заболевания у лиц с раз-

личными характерологическими аномалиями [Fox R., 1968; Susulowska M. et al., 1972].

В настоящее время большинство исследователей склоняются к мысли о том, что алкоголизм может сформироваться при самых разнообразных типологических особенностях личности. Вместе с тем типологические особенности влияют на формирование клиники и прогноз заболевания [Лукомский И. И., 1965; Морозов Г. В., Качаев А. К., 1971; Нагаев В. В., 1972; Иванец Н. Н., Игонин А. Л., Иванова Н. В., 1977; Качаев А. К., Иванец Н. Н., 1978; Игонин А. Л., 1977; Новиков Е. М., 1978; Небаракова Т. П., 1980; Трубчанинова О. Н., 1980; Турова З. Г., 1980].

Практически все работы о преморбидной личности больных алкоголизмом основаны на анамнестическом материале — далеко не безупречном, всегда оставляющем возможность оспорить полученные результаты [Ураков И. Г., 1972]. Изучение донозологических форм в этом плане более перспективно.

Другое замечание имеет отношение к типологии личности и личностных расстройств. Возможно, негативные результаты поиска преалкогольной личности связаны с недостаточным количеством понятий или их неточностью, иными словами, с несовершенством классификационных схем. В математике есть задачи, решение которых невозможно в пределах заданного класса понятий, их решение становится возможным только с расширением используемого класса. Не исключено, что проблема преалкогольной личности относится к подобным задачам.

S. Wieser (1967) впервые попытался отойти от традиционной психиатрической классификации, однако выделенная им группа оказалась довольно расплывчатой. Он считал, что больные алкоголизмом в преморбиде обнаруживают социальную недостаточность — неустойчивость интерперсональных связей, «перманентное изменение социального статуса». Однако позже автор пришел к выводу, что «не существует первичного специфического личностного преморбида алкоголика».

Возвращение интереса к преалкогольной личности связано с предположением об изначально ошибочной постановке вопроса. Преморбид больных рассматривали на основе определенных в психиатрии типов личности (истероидный, психастенический, возбудимый, астенический и т. д.). Возможно, преалкогольная личность — это какой-то иной тип личности, не описанный в клинической практике.

В связи с этим интересны работы, связывающие предрасположенность к алкоголизму не с типом личности, а с характерологическими особенностями. Считается, что независимо от типологии преморбидной личности алкоголикам присущи сниженная способность к адаптации, плохая выносливость стресса [Hershenson D. B., 1965; Cappel H., Herrman C. P., 1972], затруднения в установлении стойких эмоциональных контактов, потребность в получении немедленного удовольствия («немедленная

«чувственная стимуляция» — W. McCord, J. McCord, (1959), высокий уровень тревоги, напряженность [Ефимов Д. И., 1935; Harwitz J. J., Lelos D., 1968].

В ряду личностных качеств, predisposing к алкоголизму, E. Jellinek (1960) назвал «недостаточную организацию», понимая под этим нестабильность личности и малую способность противостоять стрессу. В современных условиях хорошо организованная личность успешно справляется с внутренними и внешними стрессами, пользуясь социально приемлемыми средствами. У неорганизованной личности чаще возникают состояния напряжения и тревоги, что в выраженных случаях может привести к неврозу или психозу. Чем больше дезорганизация, тем меньше толерантность к стрессу и тем выше потребность во внешней компенсации. Эта недостаточно организованная личность и predisposed к частому употреблению алкоголя.

Н. Е. Hill (1962), М. М. Glatt (1967) подчеркивали удивительное сходство личности алкоголиков и наркоманов: эмоциональная инфантильность, желание уйти от действительности, неустойчивость к невзгодам, неспособность переносить напряжения, бороться с ними. Выбор наркотика, по мнению авторов, случаен и определяется внешними факторами.

По мнению J. D. Reinhard (1977), основными личностными факторами потенциального алкоголика являются глубокий эмоциональный и физический дискомфорт, недостаточная способность переносить его, слабость внутренних сдерживающих центров (самоконтроль, чувство стыда).

В. М. Банщиков, Ц. П. Короленко (1968) в качестве личностных особенностей, способствующих развитию алкоголизма, выделяют сниженную переносимость затруднений — ожидания, решения вопросов, требующих усилий, концентрации внимания, воли, а также бегство от реальности и комплекс неполноценности — неверие в свои силы и возможности, опасения неудач, порождающие в виде компенсаторных реакций маски «бесшабашного», «сильного» человека.

В общем виде можно сказать, что определенную predisposition к алкоголизму имеют лица со следующими психологическими особенностями:

- малой устойчивостью к стрессу (низкая фрустрационная толерантность), следовательно, непереносимостью конфликтов, ожидания, боли, сниженной приспособляемостью;

- напряженностью, высоким уровнем тревоги, следовательно, заниженной самооценкой, комплексом неполноценности, потребностью в получении немедленного удовольствия, затруднениями в установлении эмоционального контакта;

- отсутствием социально-позитивных установок, незаинтересованностью в труде, неумением организовать свой досуг;

- неполным или неправильным усвоением морально-этических норм и правил, необычайно легким следованием негативным примерам, ранним криминальным поведением.

Не останавливаясь сейчас на низкой устойчивости к стрессу и высоком уровне тревоги, которые, на наш взгляд, вторичны и являются следствием нарушения формирования личности в детстве, отметим, что основные клинические феномены у лиц, предрасположенных к алкоголизму, базируются на недостаточном усвоении морально-этических правил, недоразвитии социально-позитивных потребностей, аномально расширенных представлений о нормах вообще и об алкогольных нормах в частности. Это нарушение процессов социализации личности, приводящее к неправильному формированию ее структуры, установок, системы потребностей и мотивов. Такие нарушения нельзя отнести к какому-либо выделенному в психиатрии типу личностных расстройств, но они могут его составить.

Поскольку мотивационная структура, складывающаяся в период формирования личности, определяется процессами социализации, то, возможно, нарушения этих процессов и будут создавать условия для последующего развития алкоголизма.

Для проверки этого предположения и в связи с ненадежностью ретроспективной оценки личности проведено клиническое изучение личностных особенностей группы бытовых потребителей алкоголя. При этом считали, что индивиды с личностными особенностями, предрасполагающими к злоупотреблению спиртными напитками, будут накапливаться в крайней группе, вплотную примыкающей к алкоголизму (так называемая группа повышенного риска, т. е. привычно пьющие). Мы стремились вычленить личностные особенности, присущие большинству или значительной части обследуемых и достоверно реже встречающиеся в контроле.

Такой подход позволил вначале выявить ряд характерологических особенностей обследуемых (отсутствие стойких интересов и жизненных установок, интереса к труду, неумение отдыхать и т. д.), а в последующем определить отдельные типы личности, достоверно более широко представленные в изучаемой группе: аструктурная личность, экстернализованная личность (личность внешнего контроля), асоциальный и «алкогольный» типы. Рассмотрим основные типы личностей.

АСТРУКТУРНАЯ ЛИЧНОСТЬ

Это личность без сколько-нибудь четкой структуры мотивационной сферы, не выработавшая своего отношения к окружающему, не знающая, что она будет делать сегодня, завтра, через неделю. Она характеризуется отсутствием или утратой четкости иерархических отношений в системе потребностей и мотивов.

Человек этого типа не имеет определенных жизненных интересов и ценностных ориентаций, не вырабатывает в себе потребность в труде, не проявляет интереса к общественной жизни. Это человек без увлечений, не умеющий отдыхать, не имеющий своего мнения, легко подчиняемый.

Здесь можно встретить практически все варианты аномального формирования личности (возможно, именно с этим связана безуспешность поиска преалкогольной личности).

Иногда четкая личностная структура не формируется из-за аморфности личности родителей, лиц ближайшего окружения. Родители обычно малокультурные люди, с низким образованием, узким кругом интересов, ограниченными запросами, безразличные ко всему новому (закрытый тип личности — «ничего нет и не надо»). Отсутствие четких жизненных установок и определенной направленности деятельности у родителей не позволяет детям выработать собственную четкую личностную структуру.

Формирование аструктурной личности возможно также при дефиците влияния семьи. Это либо «неполный дом» без одного из родителей, либо конфликтная ситуация в семье, когда родители заняты выяснением отношений или каждый живет своей жизнью. Ребенок предоставлен себе, это «дитя улицы».

В части случаев возможно формирование этого варианта личности в условиях «отвержения», когда отношение родителей к ребенку скорее негативное, чем позитивное («лучше бы его не было», «всю жизнь мне испортил»).

Аструктурной бывает и пресыщенная личность, чьи потребности удовлетворяются раньше, чем возникают. Это избалованные дети, вырастающие в атмосфере вседозволенности и вседоступности, когда малейшее их желание немедленно выполняется. В связи с этим сколько-нибудь длительная мотивация, которая и определяет структуру личности, становясь смыслообразующим, стержневым моментом деятельности, просто не может появиться («избалованные алкоголики», по Е. Jellinek).

Третий вариант — дети, вырастающие в условиях гиперопеки. Чрезмерная, ничем не ограниченная родительская любовь, сочетающаяся с выраженным эгоцентризмом, ломает и адаптирует к своим представлениям молодую личность. Часто гиперопека бывает следствием чувства вины перед ребенком, подсознательным желанием загладить ее. Эта любовь обволакивает ребенка, сковывая его инициативу, умертвляя его как самостоятельную личность.

Однако при любом механизме аномального формирования конечным этапом всегда бывает аструктурная личность. Основной ее особенностью остается отсутствие прочных интересов и жизненных установок.

Со школьного возраста лица этого типа отличаются бесхарактерностью, не проявляют интереса к занятиям, часто пропускают уроки по совершенно несущественным поводам — «просто так», «не хотелось идти в школу», «знакомый позвал на дачу». Они охотно слоняются без дела, подолгу могут созерцать какое-то происшествие, например, как заводят машину, наблюдать движение муравья. Это прирожденные «зевачи». Они не тяготятся бездельем, воспринимают его как нечто естествен-

ное, но без особых пререканий выполняют домашние поручения, бегают в магазин, моют полы, ухаживают за домашними животными, рано проявляют склонность к различным поделкам.

Такие дети учатся обычно лениво, без интереса, всегда «изпод палки», на уроках часто отвлекаются, разговаривают, нарушают дисциплину. Успеваемость, как правило, низкая, иногда они дублируют классы, в школе часто подпадают под дурное влияние старших детей, подростков, легко примыкают к различным группам, «компаниям». Они легко и быстро усваивают групповые ценности, без критики перенимают чужой образ жизни, в группе никогда не бывают лидерами, теряются в массе, иногда лидер приближает их к себе. Часто такие дети бросают школу.

Работа на заводе дается обычно легко. Молодые люди без труда осваивают производственную специальность, иногда довольно сложную, но к работе относятся как к обязанности, неизбежному злу, удовлетворения от нее не получают. Приступают к работе легко, даже с интересом, но быстро остывают. Эпизодическую работу делают охотно, длительную, требующую напряжения, постоянного волевого усилия, выполняют с трудом. Могут хорошо работать при жестком и постоянном контроле (хорошие исполнители). Для самостоятельной работы, требующей самоконтроля, внутренней дисциплины, совершенно непригодны — быстро сбиваются с ритма и оставляют ее.

Лица этой группы совершенно не умеют отдыхать, развлекаться. После работы они буквально не знают куда себя деть, не хотят идти домой («А что дома делать?»), а дома бесцельно ходят по квартире. Это любители дворовых посиделок, игры в домино, лото. Основную часть досуга они проводят перед телевизором.

Читают крайне мало, чаще «от скуки». Выбор книг совершенно случаен. Газеты обычно не читают, если просматривают, то спортивную хронику. Прочитанное быстро забывают. Общественной жизнью не интересуются, участия в ней не принимают.

Другой отличительной чертой лиц этой группы являются их повышенная конформность, внушаемость и подчиняемость. В связи с отсутствием собственного устойчивого мнения, четких жизненных установок они легко присоединяются к чужому мнению, даже не всегда поняв его, если это мнение авторитетного для них человека. Их не смущает, что несколько ранее они занимали иную, часто противоположную позицию. Вследствие повышенной конформности, внушаемости лица этого типа легко усваивают стиль и мнение группы.

Таким образом, аструктурная личность недостаточно усваивает морально-этические нормы общества, имеет слабовыраженный интерес к труду, у нее отсутствуют стойкие жизненные интересы, ценностные ориентации, внимание к общественной жизни, общественной работе, увлечения, навыки культурного отды-

ха. В большинстве это простодушные, несколько легкомысленные, достаточно общительные, но недалёковидные люди без цели в жизни, «без царя в голове», бесхитростные, «душевные», добросердечные, искренние, покладистые, охотно подчиняющиеся, готовые поддержать компанию, не имеющие своего мнения и всегда готовые присоединиться к чужому.

Можно выделить 6 отличительных черт личности этого типа: отсутствие стойких интересов и жизненных установок; отсутствие интереса к труду, желания трудиться и отсутствие удовлетворения от трудовой деятельности; неумение культурно отдыхать и отсутствие потребности в культурном отдыхе; отсутствие интереса к общественной жизни, общественной работе; повышенную конформность, отсюда — неустойчивость собственного мнения, легкое подпадание под чужое влияние, внушаемость, подчиняемость; отсутствие сознания дефекта собственной личности (ущербности).

ЭКСТЕРНАЛИЗОВАННАЯ ЛИЧНОСТЬ

Это личность с ослабленными внутренними механизмами сдерживания и контроля, поведение которой строится только на учете возможных общественных санкций. Если эти санкции минимальны, то вероятность совершения того или иного поступка достаточно велика вне зависимости от того, соответствует он морально-этическим нормам или нет. Это личность внешнего контроля.

Формирование этого типа связано с нарушением процессов социализации. Каждый человек, усваивая общественные нормы-правила, формирует на их основе свои внутренние морально-этические нормы, которые определяют, что можно делать, а что нельзя. Поведение человека определяется этими внутренними нормами. Желания, противоречащие им, затормаживаются и не реализуются. Процесс социализации индивида может нарушаться, например, при недостаточно эмоционально насыщенном отношении окружающих, когда общение происходит на самом поверхностном, формальном уровне (дефиниция). Воспринимаемая информация не сопровождается эмоциональными реакциями и не меняет отношения человека к окружающему. В связи с этим социальные нормы познаются, но не усваиваются, не включаются в структуру личности, не становятся внутренним побудителем поведения и не формируют систему внутреннего контроля (знание отдельно, а поведение отдельно). Контроль поведения в этих случаях осуществляется не внутренними, а внешними факторами и определяется возможными санкциями общества. Человек знает, что тот или иной поступок неэтичен, но если он может сойти незамеченным, то совершается.

Эти лица в официальной обстановке могут быть гиперсоциальными, проявлять «принципиальность», а без внешнего контроля легко совершают поступки, противоречащие этим принци-

пам. Такие люди пройдут по газону, сорвут цветы с клумбы, срубят серебристую ель в сквере, украдут вещи у товарища по общежитию, если будут уверены, что их не накажут.

Состав этой группы полиморфный, она включает самые различные типы личности. Часто встречаются лица пассивные, подчиняемые, нетщеславные и в целом удовлетворенные жизнью. Они могут быть хорошими исполнителями, не проявляющими, правда, инициативы, служебного рвения, но и не создающими особого неудобства для сослуживцев или беспокойства для начальства. Дома они обычно на вторых ролях, занимают подчиненное положение, находятся «под каблуком». Это вечные «козлы отпущения», безропотные, безответственные, виновные во всех смертных грехах. Достаточно часто встречаются и энергичные, самоуверенные, легкие в общении лица, но крайне редко — люди с психастеническими чертами характера.

В отношении алкоголя их позиция довольно стабильна — почему бы не выпить, если есть возможность. Это большие любители выпить за чужой счет не только когда просю угощают, но и когда представляется повод «расколоть» товарища, вынуть его «выставить бутылку».

Лица этого типа употребляют спиртные напитки потому, что они дают положительный эмоциональный эффект (от них «хорошо»). Поскольку внутренних сдерживающих механизмов нет, спиртное принимается всякий раз, как появляется возможность («А почему бы не выпить?!»). Отложить реализацию алкогольного эпизода в благоприятных для него обстоятельствах может только непосредственная угроза наказания. Никакие отдаленные неприятности, тем более лишь вероятные, не могут остановить такого человека.

Это четко выраженные ситуационные пьяницы. Они, что называется, «не пропустят случая» — никогда не откажутся от спиртного, если нет препятствующих внешних факторов (конфликт на работе, скандал дома). Пьянство усиливается при ослаблении или устранении социального (внешнего) контроля. При слабой производственной дисциплине, низкой требовательности руководителя, доступности спиртного, отсутствии семьи, проживании в общежитии в соответствующей компании эти люди переходят к безудержному пьянству и быстро спиваются.

Однако при изменении ситуации — переходе на другую работу с более жесткой производственной дисциплиной, появлении семьи (если жена занимает четко негативную позицию в отношении пьянства мужа) — лица подобного типа могут резко сократить прием спиртного или даже вообще прекратить его без каких-либо личностных усилий, а главное, без чувства ущербности.

Для лиц этого типа очень характерны резкие перепады интенсивности пьянства в зависимости от ситуации. При жестком контроле на производстве возможно учащение выпивок вплоть до ситуационного запоя в командировке, отпуске и т. д. В слу-

чаях преимущественно семейного контроля учащение пьянства, кроме предыдущих случаев, может произойти при временном отсутствии членов семьи (жена, дети), распаде семьи.

Значение этих качеств для развития алкоголизма подчеркивали Р. Х. Газин, В. А. Жмуров (1972). Обследуя больных с начальными проявлениями алкоголизма, они отмечали недостаточность чувства долга, ответственности, легкомысленное отношение к своим обязанностям. Больные пьют «от скуки», «от нечего делать», потому что «пьют все», «неудобно отказаться» и т. д. Пьянство ситуационно обусловлено, ослабевает или прекращается в периоды напряженной деятельности и усиливается в свободное от работы время. Часто само заболевание оформляется тогда, когда больные приобретают определенную бесконтрольность (длительные командировки, развод, переход на менее ответственную работу).

В целом эта точка зрения нашла отражение в материалах ВОЗ (1978): «При нарушениях, связанных с алкогольной зависимостью, больного следует рассматривать как субъекта со слабой реакцией на обычный социальный контроль».

Таким образом, у личности внешнего контроля не произошло глубокого усвоения общепринятых норм-правил, особенно в части ограничения личностных желаний, подчинения их общественным интересам. Человеку хорошо известно, что можно делать, а чего нельзя, однако эти знания существуют как ограничения, наложенные обществом, и в практической деятельности учитываются постольку, поскольку влекут за собой наказание. Для таких людей характерны нестабильность поведения, доминирующая роль внешнего контроля; способность к поступкам, противоречащим нормам-правилам, если они могут остаться безнаказанными; высокая «готовность» к потреблению алкоголя, готовность поддержать любое предложение о выпивке, если нет внешних сдерживающих факторов; значительные колебания интенсивности потребления спиртных напитков, ее выраженная ситуационная обусловленность.

Таких людей нельзя назвать аморальными, поскольку дурные наклонности у них развиты не больше, чем у других. Разница в том, что большинство людей затормаживают желание и тенденции, противоречащие нормам морали, поскольку они усвоены личностью, введены внутрь. Лица описываемого типа реализуют любые свои желания, если это позволяет ситуация.

СОЦИАЛЬНО НЕГАТИВНО ОРИЕНТИРОВАННАЯ ЛИЧНОСТЬ

Условием формирования такой личности является неблагоприятная микросреда. Возможны два варианта формирования. Первый связан с «алкогольной» микросредой, когда кто-либо из родителей ребенка болен алкоголизмом и пьянство в семье систематическое, это стиль жизни. Во втором случае систематическое пьянство в семье служит частным проявлением более ши-

рокого процесса дезадаптации, связанной с неприятием социальных норм, морально-этических правил (асоциальная среда в широком понимании).

Ребенок или подросток здесь не стоит в оппозиции к своей семье, к школе, обществу. Его отношение к окружающим положительное, но микросреда оказывается аномальной или даже патологической. Ребенок усваивает поведение окружающих, их образ жизни, взгляды как естественные, формируя свое, такое же аномальное представление о мире.

В отличие от первых двух вариантов преалкогольной личности здесь есть личностная структура, есть внутренние механизмы контроля, однако они искажены, деформированы патологическими условиями воспитания, сдвигающими понятия нормы и формирующими установки. Аномальные условия воспитания приводят к формированию норм-правил, системы ценностных ориентаций, значительно отличающихся от принятых в данной социальной группе. Это в свою очередь определяет девиантное поведение субъекта.

«Алкогольная» личность. Основным условием формирования этого варианта личности является постоянное пьянство членов семьи и лиц ближайшего окружения. Человек с детства считает пьянство модусом поведения, обычными условиями жизни. Если отец и мать ребенка больны алкоголизмом, то пьют практически все лица, с которыми ребенок общается. Иногда пьют люди, с которыми у ребенка наиболее близкие, эмоционально позитивные отношения (например, пьет отец при положительном отношении к нему ребенка). Этот модус поведения усваивается ребенком, а затем подростком, воспринимается как естественная норма.

Здесь происходит, если можно так выразиться, фенотипирование алкоголизма. Алкогольная симптоматика усваивается как естественная форма поведения без патобиологической основы. Этот феномен описан под названиями «опережающее формирование клиники», «маски» алкоголизма, «маскированная» симптоматика.

Лица этой группы рано начинают употреблять спиртные напитки и злоупотреблять ими. У них часты грубые, brutальные формы опьянения с асоциальным поведением. Даже если выпито немного спиртного и нет выраженного опьянения, подросток все равно поведенчески имитирует его, ведет себя асоциально (так вели себя взрослые в пьяном виде, вероятно, так и нужно себя вести). На этот феномен «напускного» опьянения, традиционной саморасторможенности указывал А. М. Халецкий (1967), когда рассматривал возможности контроля опьяневшими своих действий.

Подростки копируют специфическую симптоматику, которая у взрослых появляется позднее и свидетельствует о развитии заболевания (ранние попытки пить по утрам без абстинентного синдрома, употребление спиртного несколько дней подряд и

прекращение работы в эти дни, употребление суррогатов безвредения к алкоголю).

Таким образом, «алкогольный» тип личности формируется в неблагоприятном микроокружении (интенсивная алкоголизация родителей, близких), создающем аномальные условия, при эмоционально положительном отношении ребенка к носителям аномальных алкогольных традиций.

Роль этого механизма «наследования» алкоголизма, вероятно, раньше была больше. Низкая миграция населения значительно суживала сферу общения людей, способствовала созданию изолятов со своими питейными традициями. Развитие средств массовой коммуникации (печать, радио, телевидение, современные транспортные средства), резко расширившее сферу общения, а также наблюдаемый в современном обществе кризис семьи (снижение устойчивости этой социальной ячейки общества, ее роли в воспитании детей) уменьшили значение ближайшего окружения в развитии алкоголизма. Однако в последние десятилетия в связи с «омоложением» алкоголизма, ранним приобщением детей к алкогольным обычаям и традициям значение этого фактора вновь возросло.

Очень важна возможность коррекции девиантных алкогольных установок в будущем. Знакомясь с поведением других людей, отличным от поведения лиц ближайшего окружения, подросток получает возможность критически оценить свои взгляды, скорректировать свое поведение. Если к этому времени не сформировался алкоголизм, то подросток свертывает пьянство и в дальнейшем алкогольная привычка развивается обычным путем. Правда, это сопровождается изменением отношения к родителям, ближайшему окружению (более критическая их оценка).

Асоциальная личность — это личность, имеющая установки, ценностные ориентации, которые неприемлемы и осуждаемы обществом. Формирование такой личности может происходить как реакция протеста против родителей при их неумелом обращении с ребенком, против учителя и даже школы, когда по механизму эмоционального переноса (вариант перцептивной защиты) отношение к части, в данном случае к родителю, учителю, распространяется на целое, т. е. на всю морально-этическую систему, представляемую этой частью. Эта реакция протеста и следующее за ней отрицание общепринятых морально-этических норм обуславливают неправильный выбор референтной личности, группы, когда выбираются носители иных, часто противоположных моральных норм. Лица этого типа усваивают из окружающего только негативное, отрицательное. К ним буквально липнет все плохое. Ребенок или подросток такого типа быстро втягивается в группы старших ребят с криминальным поведением, усваивает их систему ценностей, жаргон, форму поведения. Таких детей берут на учет детские комнаты милиции, их поступки разбираются комиссиями по делам несовершеннолетних. Это

потенциальные правонарушители. Они перенимают («усваивают») алкоголизм постольку, поскольку он наряду с курением, хулиганством, правонарушениями является неотъемлемым атрибутом и нравственной нормой референтной группы.

Можно выделить следующие признаки такой личности: негативное отношение либо к одному из двух основных институтов социализации (школа, семья), либо к объектам социализации (отец, мать, учитель); неприятие морально-этических норм и ориентация на иные нормы поведения; участие в социально негативно ориентированных группах; раннее девиантное и делинквентное поведение.

Необходимо отметить, что дифференцировка описанных вариантов представляет определенные трудности и не всегда возможна. Эти трудности связаны как с недостаточной разработанностью и четкостью выделенных типов, так и с тем, что они частично перекрывают друг друга.

Выделенные личностные особенности отражают механизмы их образования — нарушение усвоения общепринятых норм, правил, слабость социально-позитивных установок и нарушение иерархических отношений в системе потребностей и мотивов.

Можно представить несколько вариантов нарушения процессов социализации. В одном случае нарушения связаны с тем материалом, который усваивает индивид. Если микросреда атипична и значительно отличается от усредненных параметров данной социальной группы, то усвоенные нормы-правила также будут значительно отличаться от групповых. При этом сам процесс социализации не нарушается. Формируемая в этих условиях личность будет иметь ценностную ориентацию, отличную от ориентации общества (девиантная личность).

В другом случае нарушения процессов социализации связаны с тем, как усваиваются групповые нормы (при условии, что они соответствуют социальным стандартам). Качество социализации, как мы уже отмечали, зависит от взаимоотношения человека с его ближайшим окружением, его эмоциональной насыщенности. При позитивном отношении индивид перенимает, усваивает ту систему ценностей, носителем которой является объект отношения (родители, учителя, товарищи).

При негативном отношении в процессе общения отвергается не только объект, но по механизму эмоционального переноса и его система ценностей, включая морально-этические нормы. Это сопровождается переориентацией на другую личность, с иной, часто противоположной, ценностной ориентацией. Формируемый в этих условиях тип личности будет иметь черты асоциальности.

При эмоционально ненасыщенном, нейтральном отношении информация, поступающая от объекта общения, воспринимается, но не усваивается личностью. Она остается знанием, не ставшим личностным убеждением. В этом случае формируется экстернализованный тип, личность внешнего контроля.

Выделенные характерологические особенности не есть нечто принципиально новое. Аналогичные черты преморбида больных алкоголизмом уже описывались некоторыми авторами. Так, И. Н. Пятницкая (1979) в качестве одного из основных факторов раннего алкоголизма подростков выделяет их нравственно-этическую незрелость, которая проявляется в отрицательном отношении к обучению, низком образовании, отсутствии общественно-политической активности и социально значимых установок, узком круге и неустойчивости интересов, отсутствии увлечений и духовных запросов, нечеткости профессиональной ориентации, отсутствии установки на трудовую деятельность, дефиците мотивации поведения, уходе от ответственных ситуаций и решений, утрате «перспективы жизни» — способности видеть и осознавать пути своего развития. Это по сути и есть описание аструктурной личности.

Аналогичный подход использован в ряде работ западных авторов, подчеркивающих роль семьи в формировании личности. Без эффективного контроля семьи, который рассматривается как форма социального контроля, человек, достигнув зрелости, не приобретает интересов и не усваивает формы поведения, свойственные его возрасту и социальному статусу. Такая личность не умеет противостоять напряжению и адекватно оценивать свое поведение. Распространенность алкоголизма определяется санкциями общества — злоупотребление алкоголем (нарушение запрета) вызывает социальные последствия, а затем чувство вины, раскаяния и стремление нормализовать поведение. При аномалиях воспитания, когда нет постоянных интересов, запрет на злоупотребление алкоголем ослаблен, а следовательно, ослаблено чувство вины при нарушении запрета, чрезмерный прием спиртного становится индивидуально приемлемым и человек, не обладая необходимой защитой, легко спивается. [Hill H. E., 1962].

В этом плане интересны работы ряда отечественных психологов, показавших, что распад личности при алкоголизме идет по пути разрушения ее мотивационной сферы, в частности иерархических отношений, и в конце этого процесса мы имеем дело с личностью без четкой мотивационной структуры, т. е. аморфной [Братусь Б. С., 1974; Зухарь В. П., Зейгарник Б. Ф., 1976].

Если основные изменения личности при алкоголизме связаны с нарушением иерархических отношений в мотивационной сфере, конечным этапом которого становится аструктурная личность, а личности с изначально аморфной структурой чаще других пополняют ряды больных алкоголизмом, то не выступают ли указанные закономерности звеньями одного процесса? Не служит ли утрата личностной структуры стержнем, осевым симптомом алкоголизма на всех его этапах? Ответы на эти вопросы значительно приблизили бы нас к пониманию механизмов заболевания.

ЧАСТЬ IV

СИСТЕМАТИКА ФОРМ УПОТРЕБЛЕНИЯ СПИРТНЫХ НАПИТКОВ И ЗЛУОПЮТРЕБЛЕНИЯ ИМИ

Изучение распространенности алкогольных обычаев и привычек, выявление общественного мнения методом анонимного анкетирования, клиническое обследование выборочной группы лиц, а также изучение динамики алкогольного опьянения позволили выделить и описать как отдельные формы бытового пьянства, так и общую картину его развития. Полученные данные легли в основу систематики и описания отдельных форм и типов неболезненных вариантов пьянства.

ГЛАВА 16

КЛАССИФИКАЦИЯ БЫТОВОГО ПЬЯНСТВА

Общепринятой классификации бытовых форм пьянства нет, что связано с недостаточной разработанностью этого вопроса. Специальных классификационных схем очень мало. Чаще бытовое пьянство включается в общую классификацию алкоголизма как одна из его форм, в основном с использованием частотно-количественного критерия и мотивов алкоголизации.

Наиболее полное описание привычного пьянства мы находим у С. С. Корсакова (1901). Для привычного пьянства он считает характерным увеличение количества алкоголя в погоне за эйфорией — «водка как возбуждающий стимул у многих людей скоро перестает действовать в том количестве, в котором началось ее употребление; для того же эффекта нужно увеличить ее дозу и таким образом количество выпиваемых по привычке спиртных напитков становится все больше и больше»; изменение характера опьянения — «водка начинает охмелять»; борьбу мотивов и поражение личности в этой борьбе — человек чувствует вред алкоголя, желает его бросить, но не может — у него уже развилась болезненная потребность в нем; чувство горечи и досады вследствие невозможности справиться с привычкой, усугубляющие пьянство — «для заглушения неприятного чувства человек вводит в себя все большие и большие количества спиртного».

С. А. Суханов (1908), Ф. Е. Рыбаков (1916) выделяли 3 вида пьянства: случайное пьянство — неводержанность в отношении употребления спиртных напитков только при случае (в компании, в праздники); человек не чувствует никакой особой потребности в алкоголе, но при всяком удобном случае напивается не в меру; при случайном пьянстве влечение к вину еще не сделалось стойким и не слилось с личностью, и в этом смысле оно стоит между пороком и болезнью; привычное пьянство — употребление вина постоянно и помногу; влечение к вину стойкое; лишение вина приводит к появлению соматических и психических расстройств; запойное пьянство — периодическое появление непреодолимого влечения к вину.

По современным воззрениям, только лиц с признаками случайного пьянства в какой-то мере можно отнести к бытовым пьяницам, остальные две группы составляют лица, страдающие алкоголизмом.

М. Н. Нижегородцев (1923) предлагает следующую классификацию алкоголизма: народное пьянство (под которым он понимает пьянство, присущее социальной группе), пьянство отдельных лиц (опьянение), привычное пьянство, хронический алкоголизм.

Д. Воронов (1930) выделяет так называемый крестьянский алкоголизм, который он еще называет бытовым. Основным мотивом пьянства служит не влечение к алкоголю как к физиологическому раздражителю или психическому возбудителю, а подчинение установившимся общественным обычаям. Автор выделяет два его вида: бытовое пьянство в собственном смысле, происходящее в силу веками устоявшихся обычаев (свадьба, поминки, крестины, проводы в армию и значительное количество религиозных праздников). Такое пьянство чисто обрядовое. Менее обязательное пьянство основано на установившихся обычаях, в значительной мере оно диктуется личным желанием устроителя — выпивки при экономических сделках (так называемые магарычи), попойки на сельских сходках, выпивки при найме работников, выборе должностных лиц, окончании сезонных работ и т. д.

А. Н. Молохов, Ю. Е. Рахальский (1959), кроме хронического алкоголизма, выделяют еще бытовой алкоголизм (прием спиртных напитков во время еды), а также привычный алкоголизм, который является развитием бытового.

И. В. Стрельчук (1966) бытовой алкоголизм делит на умеренное эпизодическое или систематическое употребление алкоголя (*usus*), эпизодическое злоупотребление алкоголем (*abusus*) и острое отравление алкоголем (алкогольная интоксикация).

А. К. Качаев, И. Г. Ураков (1975) всех лиц, употребляющих спиртные напитки, делят на 3 категории: эпизодически употребляющие спиртные напитки; привычно злоупотребляющие алкоголем (бытовое пьянство, привычный алкоголизм); хронические алкоголики.

А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая (1972), указывая на трудности систематики бытового пьянства, связанные с его многообразием, предлагают следующую рубрификацию: единичные приемы алкоголя, или так называемое случайное пьянство; систематическое потребление небольших количеств алкоголя; систематическое потребление больших количеств алкоголя.

Два последних варианта авторы связывают с дурными традициями, плохим воспитанием, легкомысленным отношением к своему здоровью, личностными факторами. Они относятся к тяжелому бытовому пьянству и служат непосредственной предпосылкой алкоголизма.

Г. М. Энтин (1979) делит бытовое пьянство на случайное (умеренное) и привычное. Умеренным он считает употребление спиртных напитков не чаще 1 раза в неделю в количествах, не вызывающих заметного опьянения или слегка опьяняющих, когда полностью сохраняются контроль за количеством алкоголя и критическая оценка своего поведения.

А. С. Ivy (1957) выделяет случайно пьющих, умеренно пьющих (в среднем 3 раза в неделю), привычных алкоголиков (пьющих ежедневно), злоупотребляющих алкоголем (пьющих постоянно и в больших дозах), страдающих алкогольной наркоманией (с возникновением зависимости от алкоголя) и больных алкоголизмом. Только последние 3 группы автор относит к больным.

Лица, злоупотребляющие алкоголем, делятся на пьющих слишком много, пьяниц, имеющих проблемы, и лиц с субклинической картиной заболевания [Edwards G., 1982]. Аналогичную классификацию приводит J. A. Castro (1966), К. Bruun с соавт. (1974), все взрослое население подразделили на непьющих систематически, пьющих умеренно, много пьющих и алкоголиков.

В 1960 г. E. Gellinek высказал мысль о существовании двух самостоятельных форм алкоголизма — «алкогольных наркоманов» с симптомами утраты контроля, физической зависимостью и «привычных чрезмерных симптоматических пьяниц». Эти формы совершенно самостоятельны и не являются этапами одного процесса. Эта точка зрения отражена в его классификации. Выделенный автором альфа-алкоголизм с хаотическим злоупотреблением алкоголем без утраты контроля и возникновения абстиненции фактически является описанием привычного чрезмерного симптоматического пьянства.

Аналогичной точки зрения придерживаются L. S. Stein, D. N. Niles, A. M. Ludwig (1968), описавшие две самостоятельные формы алкоголизма — с утратой контроля и без нее.

Нечто схожее можно увидеть в классификации C. Landolo и P. Саруано (1968). Они делят алкоголизм на две формы: малый, при котором, несмотря на систематическое пьянство, нет ни соматических, ни психических симптомов заболевания, и большой — с соматическими и психическими признаками алкоголизма, нарушением поведения, снижением трудоспособности.

Наиболее распространена классификация предложенная Комитетом экспертов ВОЗ (1954). По частотно-количественному и мотивационному критериям всех лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, предложено делить на употребляющих алкоголь чрезмерно, но симптоматически и нерегулярно; употребляющих его чрезмерно, симптоматически и регулярно (алкоголизм без пристрастия); лиц с неудержимым патологическим пристрастием к алкоголю (алкогольная наркомания).

Эта классификация не может считаться исчерпывающей, поскольку в ней опущена большая группа лиц, не злоупотребляющих спиртными напитками.

Более полную классификацию предложил Э. А. Бабаян (1980): абстиненты, экспериментаторы, бытовые потребители, злоупотребляющие алкоголем и хронические алкоголики.

По Международной классификации болезней 9-го пересмотра (1979) выделены две формы: эпизодическое неумеренное пьянство (303.0) — алкогольная интоксикация (нарушение движений и речи, а также изменение поведения) 4 раза в год; привычное неумеренное пьянство (303.1) — алкогольная интоксикация более 12 раз в году или пребывание под воздействием алкоголя чаще 1 раза в неделю даже без состояния интоксикации.

Однако в большинстве классификаций бытовые формы потребления спиртных напитков не являются самостоятельным объектом, а захватываются «попутно» при изучении алкоголизма. При этом рассматривается не все многообразие бытовых форм алкоголизации, а только та небольшая их часть, которая непосредственно примыкает к алкоголизму и поставляет больных. С одной стороны, классификации нельзя считать полными, а с другой — им свойствен определенный фатализм в оценке бытового пьянства.

Основным критерием классификации бытового пьянства был частотно-количественный (частотно-количественно-объемный), реже — мотивационный. Термины «случайное», «эпизодическое», «систематическое», «умеренное», «неумеренное» употребление алкоголя имеют больше морально-этическое, чем медицинское звучание, их толкование неоднозначное. Результаты исследования значительно искажаются субъективным подходом и мировоззрением экспериментатора. Вряд ли найдутся даже два человека, одинаково определяющие, например, случайное пьянство. «Употребление спиртного от случая к случаю» ничего не означает, поскольку неизвестно, какие случаи «достойны» употребления спиртного, а какие нет. Эти бытовые термины больше апеллируют к «здравому смыслу», чем к научному опыту.

При построении адекватной классификации бытовых форм пьянства должны учитываться следующие обстоятельства. Одновременный охват нескольких параметров, наиболее полно характеризующих как употребление спиртных напитков, так и злоупотребление ими — интенсивности алкоголизации, мотивов потребления спиртного, темпа развития привычки, времени на-

Таблица 3. Распределение обследованного контингента по типу потребления спиртных напитков (в процентах)

Потребление алкоголя	Мужчины	Женщины	Всего
Абсолютное воздержание	2,4	6,6	4,1
Относительное »	3,7	6,5	4,9
Случайное потребление	15,9	57,7	37,9
Умеренное »	48,4	19,2	33,4
Систематическое (алкогольная ак- -центуация)	18,0	8,1	13,1
Привычное пьянство (преалкоголизм)	11,6	1,9	6,6
Итого . . .	100,0	100,0	100,0

чала алкоголизации и т. д., — делает любую классификацию громоздкой и эклектичной. В этом случае более целесообразно выделить несколько классификационных групп соответственно регистрируемым параметрам. Классификация форм употребления спиртных напитков в зависимости от интенсивности алкоголизации должна основываться не на субъективных критериях (много, мало, случайно, систематически), а на реальном потреблении спиртных напитков данной социальной группой.

Учитывая изложенное выше, вначале мы определили среднюю частоту потребления и количество спиртных напитков. Колебания средних цифр в пределах сигмы мы приняли за границы средней интенсивности алкоголизации. Употребление спиртных напитков в этих пределах обозначали как умеренное. Лица, употребляющие спиртные напитки ниже установленной границы, отнесены к категории случайно пьющих, а выше нее — к категории систематически пьющих. Отдельно выделены группы практических абистинентов — лица, не потребляющие спиртного или потребляющие не чаще 2—3 раз в год небольшие (до 100 мл водки) количества спиртных напитков, а также группа привычных пьяниц (проблемные пьяницы, алкоголизм без пристрастия, преморбидные формы пьянства, предболезнь и т. д.). Границы и описание выделенных групп см. в соответствующих разделах.

Весь обследуемый контингент в соответствии с выдвинутыми критериями распределился следующим образом (табл. 3—5).

Лица, умеренно потребляющие спиртные напитки, составили треть всех обследованных (48,4% мужчин и 19,2% женщин). Лица, потребляющие спиртные напитки ниже этого уровня, составили почти половину — 47% (22% мужчин, 70,8% женщин), в том числе совершенно не употребляли алкоголь 4,1% (2,4% мужчин, 6,6% женщин). Лица, употребляющие спиртные напитки выше среднего уровня, составили 19,7% (29,6% мужчин, 10% женщин).

Таблица 4. Возрастно-половое распределение обследованных лиц по формам употребления алкоголя (в процентах к выборке)

Возраст, годы	Абстиненты			Случайное			Умеренное			Систематическое (алкогольная акцентуация)			Привычное (преалкоголизм)		
	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего
До 20	10,0	7,7	9,0	9,3	7,7	8,0	9,3	7,1	7,9	8,0	4,4	7,1	2,5	—	2,2
20—29	4,7	9,2	7,5	13,0	17,0	16,0	18,3	18,0	18,2	19,0	19,4	19,0	14,5	14,0	14,8
30—39	4,0	17,0	12,3	20,0	28,2	26,9	25,6	21,6	24,2	27,7	22,2	25,5	26,0	25,5	26,1
40—49	8,3	16,1	13,4	25,9	28,4	27,8	28,6	26,2	27,7	28,1	34,4	30,0	33,0	37,2	33,3
50—59	28,0	27,0	27,8	18,8	16,3	16,0	13,5	23,8	16,7	12,6	16,6	13,8	20,0	16,3	19,2
60 и старше	45,0	23,0	30,0	13,0	2,4	5,3	5,7	5,3	5,3	4,6	3,0	4,6	4,0	7,0	4,4
Итого	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Таблица 5. Возрастно-половое распределение населения по формам употребления алкоголя (в процентах от данной возрастной группы)

Возраст, годы	Абстиненты			Случайное			Умеренное			Систематическое (алкогольная акцентуация)			Привычное (преалкоголизм)		
	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего
До 20	9,8	13,1	11,4	18,4	63,1	45,6	49,0	13,0	35,0	19,0	5,0	12,2	3,7	—	0,2
20—29	1,8	7,0	4,4	13,7	61,0	38,4	53,3	28,3	36,3	20,6	9,7	15,0	10,3	1,6	5,9
30—39	1,0	8,3	4,9	14,6	67,0	42,3	50,9	16,4	32,6	20,6	7,3	13,6	12,9	2,0	7,2
40—49	2,0	6,7	4,7	15,1	61,7	30,7	20,0	18,3	33,5	19,5	13,3	14,3	13,8	2,7	8,0
50—59	12,0	16,0	15,5	15,6	50,2	35,0	40,6	24,4	30,0	14,0	7,3	10,4	12,7	1,7	7,3
60 и старше	36,0	42,0	40,0	26,4	21,5	27,7	32,3	12,6	23,5	10,6	4,3	7,7	6,0	2,0	4,2
Итого	6,3	12,8	9,7	16,0	58,1	38,1	47,6	18,0	32,6	18,7	8,2	12,9	11,6	1,9	6,7

Кроме этого, мы выделяли варианты бытового пьянства по темпу и равномерности процесса и по времени начала алкоголизации. Удалось выделить и описать динамику бытового пьянства, единую для всех вариантов (и даже для алкоголизма). Это позволило разграничить отдельные фазы развития злоупотребления алкоголем.

В развернутом виде классификацию бытовых форм пьянства можно представить в следующем виде.

1. По интенсивности алкоголизации (частотно-количественный критерий): а) абстиненты; б) случайно пьющие; в) умеренно пьющие; г) систематически пьющие (алкогольная акцентуация); д) привычно пьющие (преалкоголизм).

2. По темпу течения: а) медленный (слабопрогредиентный); б) умеренный (прогредиентный); в) выраженный (быстро прогредиентный); г) галопирующий.

3. По равномерности течения: а) равномерный; б) неравномерный (скачкообразный).

4. По времени начала: а) ранний вариант (ювенильный); б) средний (типичный) вариант; в) поздний вариант.

Мотивы употребления спиртных напитков и типы алкоголизации довольно разнообразны. В отличие от алкоголизма, где развившееся заболевание в значительной мере искажает установочную мотивацию поведения, сводя ее к патологической мотивации (патологическая алкогольная потребность), при бытовых формах пьянства мотивы потребления и злоупотребления имеют четкую социально-психологическую обусловленность.

Априорно мотивы алкоголизации связываются с эйфоризирующим действием спиртных напитков, что отражено в литературе (С. С. Корсаков, 1901: «Вино охмеляет», Э. Крепелин, 1912: «Упоительность спиртных напитков как причина их распространения»). Одна из первых классификаций, предложенная Д. Вороновым (1930), отражает этот подход. Автор выделяет первичные мотивы: физиологические — получение вкусового раздражения или тепловой реакции (так называемый столовый, или буржуазный, алкоголизм) и психологические — устранение психической неуравновешенности (пролетарский алкоголизм), получение эйфории, а также вторичные мотивы: привыкание к алкоголю, подражание пьющим, подчинение установившимся питейным традициям (бытовой алкоголизм), ложные мнения о благодетельных свойствах алкоголя, а также соблазнение фабрикантами и торговцами спиртными напитками.

Simmel (1967), руководствуясь в какой-то мере этиологическими факторами, выделяет социальное пьянство, когда люди пьют только в компании, реактивное пьянство, связанное с индивидуальными условиями жизни, и невротическое пьянство, когда алкоголь используется как средство приспособления к социальной среде.

Staechelin (1971) в зависимости от мотивов потребления спиртных напитков выделяет следующие группы пьяниц: пьющие для удовольствия — обычно примитивные натуры, простые, бесхитростные, с развитым «стадным чувством»; пьющие для того, чтобы рассеяться — те, кто хочет разогнать свою тоску, люди угрюмые и необщительные; пьющие для опьянения — психопаты, невротики и психически больные, живущие в разладе с окружающим миром, старающиеся подавить тревогу, чувство вины, внутреннюю пустоту; пьющие для самооглушения — те, кто в вине топит свои аффекты, бежит от невыносимой напряженности, ищет забвения или эквивалента смерти. В двух последних случаях автор допускает первичный алкоголизм.

М. Келлер (1973), используя не только мотивационный фактор, но и частотно-количественный критерий, предлагает выделять соматопатическое пьянство — ежедневное потребление спиртных напитков в количествах, эквивалентных 115 г 96%

этанол (это количество начинает вызывать повреждение тканей), и больше; тимогенное пьянство (пьянство с целью ухода от действительности) → потребление спиртных напитков не чаще 2 раз в год в количествах, эквивалентных 85 г 96% этанола, как средства «решения жизненных проблем», для того чтобы «пообщаться с народом» или избежать социального дискомфорта, нежелательных эмоций; асоциальное пьянство — частое потребление спиртных напитков (не реже 2 раз в год) в количествах, эквивалентных 70 г 96% этанола, и более, приводящее к нарушению поведения, общепринятых норм, неприятностям в семье, нарушению социальных взаимосвязей и экономического состояния.

Возможны комбинации — тимосоматопатическое или асоциально-соматопатическое пьянство. По мнению автора, выделенные типы характерны как для бытовых форм пьянства, так и для алкоголизма.

D. Cahalan, J. H. Cisin (1967, 1969) определили две основные функции алкоголя: алкоголь как лекарство и алкоголь как социальный катализатор (более удачный термин «социальная смазка»). В соответствии с этим выделены пьянство с целью избавления (*escapedrinker*) от беспокойства, стресса и недостатка самоуважения и пьянство для улучшения взаимопонимания, повышения качества общения.

В исследованиях других авторов выделяются пьянство для опьянения [Mulford M., Miller D., 1960], для решения проблемы несоответствия [Knupfer G., 1967], пьянство по личным мотивам [Jessor R., Graves T., Hanson R., Jessor S., 1968], в связи с физиологической зависимостью [Cahalan D., 1970], по атактическим мотивам [Edwards G., Chandler G., Hensman C., 1972].

Социальные мотивы пьянства недооценивались, а на первый план выдвигались сугубо «личные» причины, особенно использование алкоголя в качестве модификатора настроения и средства ухода от реальности. Эти факторы выдвигались даже в качестве критерия злостного пьянства [Knupfer G., Fink R., Clark W., Goffman A., 1963; Cahalan D., Crossley H., 1969].

В классификации, предложенной В. Ю. Завьяловым (1981), выделяется 5 типов пьянства: традиционный (социально детерминированный) тип, субмиссивный — подчинение давлению других людей или референтной группы, гедонистический — получение психофизиологического удовольствия, псевдокультурный — расширение признания ценности алкоголя (символ достатка, благополучия) и атактический тип — стремление к транквилизации, поиск стимулов и гиперактивации.

Трудности классификации во многом объективны и связаны с многообразием факторов, условий и мотивов алкоголизации. В то же время в различных ситуациях мотивы алкоголизации могут быть далеко не одинаковыми. Маловероятно, чтобы один человек пил только для того, чтобы снять напряжение, а

другой только для того, чтобы улучшить общение. Видимо, даже у одного и того же лица различные мотивы в разное время могут играть определенную роль в возникновении алкогольного эпизода. Правильнее говорить о ведущем мотиве или о группе мотивов, тесно между собой связанных. Однако мотив алкоголизации никогда не выступал как изолированный фактор. Он всегда спаян с интенсивностью потребления спиртных напитков, формой опьянения и рядом других показателей.

В связи с этим, анализируя мотивы алкоголизации, целесообразно учитывать еще ряд сопряженных факторов: сравнительную интенсивность опьянения (относительно изучаемой группы), существование и выраженность алкогольной потребности, привычную форму опьянения (выраженность внешних признаков опьянения, глубина эйфории, появление отдельных фаз, длительность и последствие опьянения), существование и выраженность условнорефлекторных механизмов, способность к градуальным реакциям (соответствующим интенсивности действующей вредности), феномен несостоявшейся выпивки.

Различные конstellляции указанных параметров позволили выделить социальные, психологические и биологические факторы употребления спиртных напитков и злоупотребления ими.

Ситуационно мотивированное употребление спиртных напитков имеет в своей основе потребность в общении, самоутверждении, подражание, конформизм, референтную ориентацию (субмиссивный тип по классификации В. Ю. Завьялова). Интенсивность алкоголизации здесь в целом ниже, чем принято в социальной группе. Пьянство часто бывает в каком-то смысле принудительным и является уступкой традициям, давлению группы. Алкогольная потребность в традиционном понимании отсутствует. Прием алкоголя включен как отдельное действие в структуру деятельности по удовлетворению другой, более общей потребности. Опьянение, как правило, незначительное, хотя возможны варианты грубого опьянения, как это бывает у подростков, когда они пьют «на спор», чтобы доказать свою «силу». Эйфоризирующий эффект менее выражен, чем в группах с психологическим и биологическим типом употребления спиртных напитков и злоупотреблением ими. Длительность опьянения относительно невелика. Клиника опьянения мягко сходит на нет без каких-либо последствий. Условнорефлекторные механизмы как в возникновении, так и в разрывании эпизода малозначимы. Способность к градуальным реакциям сохранена (табл. 6, 7).

Психологически мотивированное употребление спиртных напитков и злоупотребление ими подчинено главным образом индивидуальнo-психологическим факторам — достижению психосоматического комфорта, эйфории, снятию эмоционального напряжения, разрешению конфликтов. Это, однако, не исключает действия социальных факторов. Опьянение обычно выражено больше, чем при социально обусловленном типе упот-

**Т а б л и ц а 6. Сравнительная характеристика факторов
употребления спиртных напитков
и злоупотребления ими**

Особенности алкоголизации	Алкоголизация		
	Ситуационно мотивированная	психологически мотивированная	биологически обусловленная
Интенсивность	За нижней грани- цей диапазона приемлемости	В пределах диапа- зона приемлемо- сти	За верхней грани- цей диапазона приемлемости
Наличие и выра- женность алко- гольной потреб- ности	Отсутствует	Есть. Выражена незначительно, соподчиненная	Есть. Выражена четко, конкури- рующая
Наличие и выра- женность услов- норефлектор- ных механизмов	Минимальны	Умеренно выраже- ны и ограничи- ваются психоло- гическим уров- нем	Выражены четко, возлекаются не только психоло- гические меха- низмы
Способность к гра- дуальным реак- циям	Сохранена	Сохранена	Отсутствует, за- мена реакцией типа «все или ничего»

**Т а б л и ц а 7. Распределение обследованного контингента по типам
алкоголизации (в процентах)**

Алкоголизация	Муж.	Жен.	Всего
Ситуационно мотивированная	12,4	10,8	11,1
Психологически мотивированная	35,1	27,4	30,0
Биологически обусловленная	11,6	1,9	6,6
Смешанная	40,9	59,9	52,3
Итого . . .	100,0	100,0	100,0

ребления алкоголя. Эйфоризирующий эффект четкий. Интенсивность опьянения в основном зависит от удовлетворения потребности в алкоголе. Возможны и установочные механизмы регуляции. Поведение в состоянии опьянения не выходит из диапазона приемлемости. Условнорефлекторные механизмы участвуют как в подготовке к выпивке, так и во время ее, однако их роль невелика. Способность к градуальным реакциям сохраняется. Отмена выпивки переносится легко, иногда может оставлять легкое чувство неудовлетворенности, досады, разочарования.

Злоупотребление алкоголем определяется не только социаль-но-психологическими, но и биологическими факто-рами. Алкогольная потребность выражена четко, хотя остается в непатологических рамках. По интенсивности она конкурирует с основными потребностями личности

(конкурирующая потребность). Опынение, как правило, более выражено, чем в предыдущих группах. Его длительность больше, чем при психологически обусловленном употреблении алкоголя, отдельные фазы опынения четко выражены. Эйфоризирующий эффект сильный, в виде рауш-эйфории. В процессе опынения возможны дисфорические эпизоды. Часто наблюдается адренергический шлейф. Способность к градуальным реакциям частично утрачивается. Реакция организма перестает быть адекватной количеству введенного алкоголя и все больше начинает соответствовать максимальным количествам принимаемых спиртных напитков. Условнорефлекторные механизмы интенсивны и в значительной мере обуславливают как возникновение, так и развертывание эпизода. Адаптивные реакции выражены сильно и захватывают биологические механизмы регуляции. Алкоголь может использоваться как регулятор соматопсихического состояния (см. табл. 6, 7).

ГЛАВА 17

ДИНАМИКА БЫТОВЫХ ФОРМ ПЬЯНСТВА И АЛКОГОЛИЗМА (СТЕРЕОТИП ТЕЧЕНИЯ)

Бытовое пьянство можно определить как вредную привычку, возникающую в процессе социализации личности и закреплённую вследствие приобретаемого личного опыта, которая при определенных условиях переходит в болезнь. Если это привычка, то правомерно говорить о ее динамике, т. е. изменении в процессе жизни индивида. Другой вопрос, как регистрировать эту привычку, в каких единицах измерять, с чем сопоставлять.

Бытовое пьянство как средство решения комплекса социально-психологических, а в ряде случаев и биологических проблем, кроме множества других показателей, можно охарактеризовать интенсивностью алкоголизации — частотой употребления и количеством спиртных напитков (частотно-количественный критерий). Все остальные параметры бытового пьянства считаются производными от этого критерия. Этот показатель, лежащий на поверхности и легче всего регистрируемый, может дать общее, хотя и не исчерпывающее, представление о бытовом пьянстве.

Как показано выше, интенсивность потребления спиртных напитков (частота, количество) не стабильна, она имеет четкую возрастно-половую зависимость. Интенсивность алкоголизации повышается от первого случая употребления спиртных напитков до 30—39 лет, а затем начинает снижаться, сокращаясь до минимума у людей 60 лет и старше. Эта динамика прослеживается как у мужчин, так и у женщин, хотя с различными колебаниями (рис. 12).

Это в целом соответствует житейским представлениям о возрастных колебаниях интенсивности алкоголизации. Сокращение

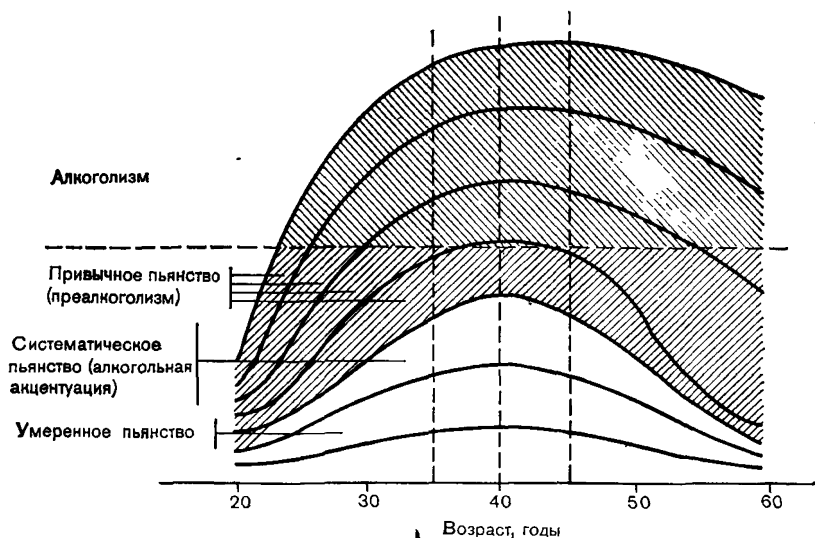


Рис. 12. Единый стереотип течения бытового пьянства и алкоголизма.

потребления спиртных напитков в пожилом возрасте общезвестно.

Аналогичные данные получены К. М. Fillmore (1975). Он изучил потребление спиртных напитков студентами колледжа. При повторном обследовании через 20 лет бывшие студенты стали употреблять больше алкоголя. Автор считает, что лица молодого возраста употребляют алкоголь редко, но в больших количествах, люди среднего возраста — чаще, но в меньших количествах.

Отмечается, что проблемы, связанные с пьянством, наиболее актуальны в возрастной группе 20—30 лет; в последующих возрастных группах вероятность возникновения алкогольных проблем значительно сокращается [Room R., 1970].

Возрастная динамика алкоголизации бытовых потребителей понятна, но далеко не однозначна у лиц так называемой группы повышенного риска (по западной терминологии, «алкоголизм без пристрастия», «проблемное пьянство») и тем более у больных алкоголизмом.

Вначале остановимся на категории привычного пьянства, вернее, на той ее части, которая обозначается как предболезнь (преклиническая стадия, продром алкоголизма). Большинство авторов рассматривают ее как стадию, не только предшествующую заболеванию, но и как неизбежно переходящую в него. Эта фатальность процесса отражена и в обозначении этой группы.

Однако такая точка зрения основывается больше на ретроспективной оценке этого периода пьянства у больных алкоголизмом, чем на изучении самой группы повышенного риска.

Возрастные различия между проблемными пьяницами и больными алкоголизмом, действительно, могут навести на мысль о том, что первые находятся лишь на более ранней стадии болезни. Такое предположение верно только в том, что клинически выявленные больные были когда-то проблемными пьяницами. Однако далеко не каждый проблемный пьяница становится алкоголиком. Проблемных пьяниц намного больше, чем больных алкоголизмом: по некоторым данным, в 9 раз [Edwards G., 1973].

Е. R. Right, A. O. Hecker (1966) описали группу лиц, употребляющих в течение многих лет значительные количества алкогольных напитков без появления клинических признаков алкоголизма.

По данным М. В. Beiley, P. W. Haberman, J. Steinberg (1966), значительная часть лиц, имевших ранее проблемы в связи с пьянством (затруднения адаптации в социальной группе, кратковременные соматопсихические нарушения), с возрастом восстанавливали способность к умеренному потреблению спиртных напитков.

D. Cahalan, I. Cisin (1968) повторно с 3-летним интервалом изучили группу населения. Из 21% лиц, злоупотреблявших спиртными напитками (проблемные пьяницы), через 3 года 6% уменьшили потребление спиртных напитков, 9% увеличили его и 6% не изменили.

Более длительное наблюдение провели Т. S. Gibbens, M. Silverman (1970). По их данным, 31% лиц, отнесенных к категории проблемных пьяниц, спустя 10 лет находились в состоянии ремиссии, т. е. перешли к умеренному потреблению спиртных напитков.

Подчеркивая такую динамику, G. Knupfer, R. Room (1964) предложили вообще не рассматривать интенсивное пьянство людей 20—25 лет как девиантное, поскольку оно массовое. Главное, чтобы с течением времени молодой человек «остепенился», изменил свое социальное положение (женился, обзавелся квартирой) и поведение. Этого требуют социальные нормы. Большинство мужчин действительно к 30 годам сокращают потребление спиртных напитков, постепенно отходят от друзей, сохранивших прежнюю манеру и привычки потребления алкоголя, что сокращает отягощенность алкогольными проблемами этой группы населения. Те, кто не смог скорректировать свое пьянство, заболевают алкоголизмом не столько потому, что длительный период пьянства чреват интенсивным симптомообразованием, сколько потому, что уровень их пьянства не соответствует возрастной субкультуре. Переход к одиночному и тайному пьянству в значительной мере вызван этим несоответствием.

Таким образом, судьба привычных пьяниц различна. Часть из них (до 50%) с течением времени сокращает пьянство и переходят к контролируемому приему спиртного, что снимает вопрос о неизбежности развития алкоголизма.

* По нашим данным, возрастная динамика привычного пьянства имеет в целом ту же закономерность, что и у остальных групп бытовых потребителей алкоголя: алкоголизация возрастает, начиная с юношеского возраста, достигает максимума в зрелые годы, а затем сокращается до минимума к 60 годам. Разница состоит лишь в том, что максимум в этой группе приходится не на 30—39 лет, как при других формах бытового пьянства, а на 40—49 лет.

Несколько иначе прослеживается динамика алкоголизма.

В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе алкоголизм рассматривается как прогрессирующее заболевание, которое без терапевтического вмешательства заканчивается только со смертью пациента («алкоголик однажды — алкоголик всегда»). В течении заболевания выделяются этапы (стадии), их смена определяет расширение и углубление (усложнение) клинической картины заболевания. Перерывы в употреблении алкоголя, терапевтические или спонтанные, даже длительные, рассматриваются не как выздоровление, а как ремиссия. У больного всегда сохраняется «готовность» к развитию симптомов заболевания, утрачивается способность к контролируемому потреблению спиртных напитков.

Однако в последнее время в литературе появились сведения, объяснить которые с позиций прогрессирующего течения заболевания трудно. Прежде всего это описания единичных случаев так называемого спонтанного выздоровления, а также статистические данные о повозрастной болезненности населения алкоголизмом.

В первом плане наиболее интересна работа V. E. Devis (1970), описавшего 7 больных алкоголизмом (клинически достоверных), самостоятельно прекративших пить. В последующем данные V. E. Devis были подтверждены наблюдениями других авторов [Gerard D. L., Sünger D., Wille R., 1962; Cohen M., Failace L. A., 1971]. Значительное сокращение потребления спиртных напитков больными алкоголизмом в позднем возрасте отмечают D. L. Gerard с соавт. (1962), L. Ciompi, M. Eisert (1971); A. J. Rossin, M. M. Glatt (1971), C. M. Gaitz, P. E. Baer (1971). Сокращение числа больных алкоголизмом в поздних возрастных группах отмечалось и отечественными авторами [Бехтель Э. Е., 1968; Зайцев Д. А., 1980; Бехтель Э. Е., Боровкова Н. Н., 1981, и др.]. Это дало основание L. D. H. Drew (1968) назвать алкоголизм самолимитирующимся (самокупирующимся) заболеванием. Необходимо отметить, что большинство описанных больных были в среднем и пожилом возрасте. Случаи спонтанного выздоровления в принципе ставят под сомнение прогрессирующее течение заболевания.

Вторая группа фактов, не укладывающихся в концепцию прогрессирующего развития заболевания, связана с повозрастной заболеваемостью и болезненностью населения.

Если риск заболеть в течение жизни остается постоянным,

Таблица 8. Сравнительные данные повозрастной болезненности населения алкоголизмом (в процентах)

Возраст, годы	Расчетные данные	Несистематизированные данные различных авторов [Birrell J. H., 1961; Haggis G. S., 1961; Anderson R., Bonnichsen R., 1964]	Данные L. Drew (1968)	Наши данные
До 20	0,02	0,02—0,1	0,02	0,012
20—29	0,7	0,19—0,59	0,59	0,55
30—39	2,4	0,94—1,97	1,63	1,42
40—49	4,5	1,49—2,08	1,96	2,21
50—59	6,2	0,6—1,51	1,43	0,96
60—69	7,1	0,14—0,76	0,41	0,2
70 и старше	—	0,08—0,36	0,08	0,01

то болезненность населения алкоголизмом должна возрастать по мере старения населения (поскольку к имеющимся в населении больным каждый год прибавляются новые). Расчетная кривая, построенная по этому принципу, имеет вид гиперболы. Однако изучение реальной повозрастной болезненности алкоголизмом в популяции дает совсем иные результаты [Drew L., 1968].

Как видно из табл. 8, число больных алкоголизмом соответствует теоретическим расчетам только до 30—39 лет, а затем цифры довольно резко расходятся: вначале оно возрастает, достигая максимума в 40—49 лет, а затем резко падает (различия статистически достоверны).

Расхождение теоретических предположений и фактических данных авторы пытаются объяснить более высокой по сравнению с популяцией смертностью больных алкоголизмом, в результате чего в поздних возрастных группах число больных прогрессивно снижается, успехами терапии, возрастом «социальной зрелости» и уменьшением финансовых возможностей в пожилом возрасте, приводящими к сокращению пьянства. Однако наши данные не подтверждают сколько-нибудь значимого влияния этих факторов на болезненность населения [Бехтель Э. Е., Боровкова Н. К., 1981]. Это позволяет поставить под сомнение исходные предпосылки о равном риске заболеть алкоголизмом в различных возрастных группах или о континуальном течении самого заболевания. Сокращение числа больных в поздних возрастных группах связано со снижением алкоголизации и трансформацией клинической картины в позднем возрасте, приводящей к частичной ресоциализации больных, некоторой адаптации в обществе.

Такое представление о динамике алкоголизма соответствует данным А. И. Кузнецова, И. Г. Уракова (1971), показавших, что возрастные изменения в основном определяют интенсивность симптомообразования при алкоголизме.

Значительное сокращение потребления спиртного больными алкоголизмом в пожилом возрасте отмечают L. Ciompi, M. Eisert (1971), C. M. Gaitz, P. E. Bager (1971), A. J. Rossin, M. M. Graff (1971).

Остановливаясь более подробно на этих данных, мы хотели только показать, что и при заболевании стереотип процесса сохраняется: имеются начало, апогей и определенный регресс. Природа этого регресса (обратное развитие симптоматики, трансформация клинической картины заболевания, позволяющая больному социально реадaptироваться) для нас сейчас не принципиальна.

Изложенные выше данные дают основание говорить об общем стереотипе развития алкогольной привычки в рамках как злоупотребления спиртными напитками, так и алкоголизма, имеющем вид дугообразной кривой с максимумом в возрастной группе 40—49 лет (рис. 13). И в том, и в другом случае можно выделить 3 этапа: **начальный**, когда алкоголизация, алкогольная потребность, клинические проявления прогрессивно нарастают; **апогей**, когда указанные явления достигают наивысшего развития; **исход** с редукцией алкогольной потребности, свертыванием клинической симптоматики, восстановлением социальных связей.

Отличие доболезненных форм пьянства от болезненных, видимо, состоит в амплитуде, выходе за пределы способности организма к физиологической адаптации.

Таким образом, изложенное выше дает основание предположить, что бытовые формы пьянства и алкоголизм имеют принципиально сходный стереотип течения, имеющий начало, апогей и исход; алкоголизация в обеих группах вначале возрастает, достигая максимума в зрелые годы, а затем снижается; по мере усиления пьянства апогей (максимум алкоголизации) отодвигается во времени и регистрируется в более позднем возрасте.

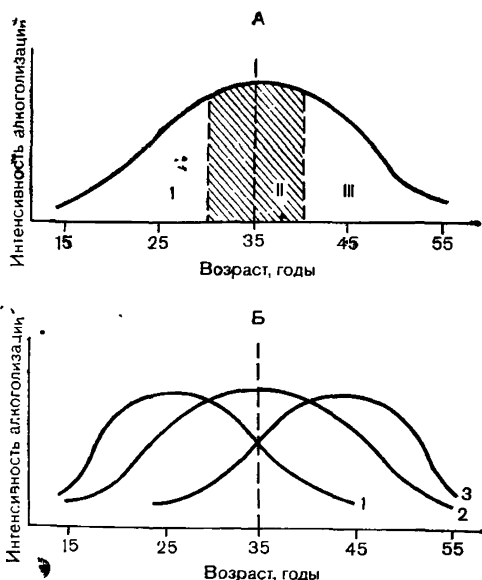


Рис. 13. Динамика употребления спиртных напитков и злоупотребления ими.
А — этапы: I — начальный; II — апогей; III — исход; Б — начало алкоголизации: 1 — раннее; 2 — типичное; 3 — позднее.

ГЛАВА 18

ЭТАПЫ ТЕЧЕНИЯ

Специальных работ, посвященных этапности бытового пьянства, практически нет. В некоторых исследованиях бытовое пьянство рассматривается как этап алкоголизма.

Г. Кайзерлинк (1959) выделяет преалкогольную фазу — повышение толерантности к алкоголю и продромальную — появление алкогольных палимпсестов, а также фазу алкогольной наркомании, начинающуюся с утраты контроля.

Е. Jellinek (1960) в развитии пристрастия к алкоголю различает продромальную фазу, переходную — с утратой контроля над приемом алкоголя и хроническую — с многодневными запоями.

Комитет экспертов ВОЗ (1976) предложил несколько иное деление алкоголизма: доалкогольная симптоматическая фаза, продромальная фаза — ощущение потребности в алкоголе, алкогольные палимпсесты, критическая фаза — потеря контроля, утрата интересов, социальная изоляция и хроническая фаза — абстинентный синдром, запои, снижение толерантности.

Все упомянутые классификации включают только варианты бытового пьянства, непосредственно примыкающие к алкоголизму, и рассматривают пьянство как прелюдию заболевания.

Изучение повозрастной алкоголизации населения показало, что частота алкогольных эпизодов и количество спиртных напитков не остаются стабильными, а претерпевают определенную эволюцию. Оба показателя с возрастом синхронно нарастают, достигая максимума к 40 годам (группы 30—39 лет и 40—49 лет), а затем быстро снижаются. Исходя из этого, возрастные изменения алкоголизации можно представить себе в виде процесса, имеющего начало, апогей и исход соответственно этапам нарастания, максимального развития и свертывания симптоматики.

Начальный этап. Это возникновение и формирование потребности в алкоголе, рост алкоголизации и толерантности к алкоголю, увеличение эйфоризирующего эффекта, изменение характера опьянения, расширение диапазона приемлемости. Первый этап начинается в возрасте 14—18 лет, с момента первого знакомства со спиртными напитками и длится от 2—3 до 20 лет, в среднем 8—12 лет.

Начальный этап употребления спиртных напитков обусловлен алкогольными установками, сформированными в результате социализации. Условия формирования алкогольных установок и факторы, определяющие их девиантное развитие, рассмотрены выше. Здесь мы только укажем, что алкогольные установки определяют не только начальный период, но и все последующее развитие привычки. Прием спиртных напитков вначале ситуационно обусловлен, никакого ритма алкоголизации нет. В дальнейшем эпизоды учащаются и их частота стабилизируется.

ся. Формируется определенный круг поводов для выпивки, которые определяют ритм алкоголизации.

Алкоголизация нарастает медленно, исподволь. Повышаются частота и количество потребляемых спиртных напитков, возрастает устойчивость к ним (толерантность), увеличивается эйфоризирующее действие алкоголя, дифференцируется и усложняется клиническая картина опьянения; у небольшой части обследуемых алкогольные эпизоды учащаются довольно быстро, количества алкоголя часто были чрезмерными.

Мотивация первых приемов алкоголя (подробнее об этом см. в главе 10) социально обусловлена. Исследовательский рефлекс быстро угасает, и если нет четкой референтной ориентации или рано появившегося эйфоризирующего действия, то подросток довольно долго относится к спиртным напиткам индифферентно. Если преобладают подражательные и престижные мотивы, то выпивка повторяется. Эти мотивы будут существенны до формирования достаточно выраженного эйфоризирующего эффекта. С его возникновением дальнейшее развитие бытового пьянства в основном будет связано с ним.

Алкогольная потребность на этом этапе вначале отсутствует. Выпивка выступает как условие реализации других личностных потребностей, иногда это символ (имидж), например приобщения к группе или взрослости, самостоятельности. В последующем даже на первом этапе выпивка может приобретать самостоятельное значение (алкогольная потребность).

Опьянение на этом этапе протекает различно в зависимости от интенсивности алкоголизации и ее типа. Обычно бывает компенсированное опьянение почти без нарушений внимания, мышления и речи, с сохраненным критическим отношением к своему состоянию и поведению. Клиническая картина, как правило, исчерпывается некоторым оживлением моторики, ускорением речи, облегчением контактов, повышением речевой продукции, улыбкой. В случаях выраженного опьянения его внешние признаки могут быть минимальными и при употреблении даже больших количеств алкоголя (500 мл водки и более). Сохранение чувства насыщения в процессе выпивки позволяет осуществлять контроль за количеством спиртного. Явлений последствия, как правило, нет. При превышении привычных количеств возможно постинтоксикационное состояние с тошнотой, рвотой, соматопсихическим дискомфортом, слабостью.

Параллельно усилению алкоголизации растет толерантность организма к алкоголю. Рост толерантности — один из основных признаков этой фазы. Он свидетельствует о процессах адаптации организма к алкоголю (табл. 9 и рис. 14).

Другим симптомом, тесно связанным с предыдущим, является усиление эйфоризирующего эффекта спиртных напитков. По мере повторения алкогольных эпизодов эйфоризирующий эффект у большинства обследованных нарастал и, можно сказать, рафинировался. Исключение составляет группа лиц, ограничен-



Рис. 14. Факторы, определяющие возрастную динамику бытового пьянства.

но потребляющих спиртные напитки (практические абстиненты, случайно пьющие).

Этап апогея. Второй этап — это «алкогольный пик», наивысшее развитие алкогольной симптоматики. Его следует рассмотреть отдельно, поскольку он затягивается на долгие годы и очень важен в социально-биологическом плане. Это период наиболее яркого проявления алкогольной симптоматики, определяющий степень социальной дезадаптации личности.

Описываемый этап характеризуется наивысшей для данного индивида потребностью в алкоголе. Толерантность, количество

Таблица 9. Динамика основных симптомов употребления алкоголя и злоупотребления им на различных этапах бытового пьянства

Симптомы	Начальный этап	Апогей	Исход
Потребность в алкоголе	Возрастает	Выражена максимально	Снижается
Толерантность к спиртным напиткам	»	То же	»
Интенсивность алкоголизации (количество и частота приема спиртных напитков)	»	» »	»
Эйфоризирующий эффект	»	» »	»
Опьянение	Компенсированное	Субкомпенсированное	Декомпенсированное
Диапазон приемлемости	Расширяется	Достигает максимума	Сокращается

потребляемых спиртных напитков и частота эпизодов, эйфоризирующий эффект становятся наибольшими для конкретного человека. Опынение преимущественно субкомпенсированное, диапазон приемлемости максимально расширен.

Потребность в алкоголе, тесно связанная с эйфоризирующим эффектом, достигает на втором этапе своего максимального развития. Она может колебаться, занимая положение то дополнительной потребности при умеренном употреблении спиртных напитков, то конкурирующей при систематическом и привычном пьянстве. Рост потребности в алкоголе, достижение ею высокого ценностного ранга сопровождаются оттеснением на второй план многих других неосновных потребностей личности, особенно высших, что в свою очередь влечет за собой изменение иерархических отношений в системе потребностей и мотивов, частичную смену ценностных ориентаций. Однако основные личностные потребности, определяющие общую направленность деятельности, при этом сохраняются, что отличает эту группу от больных алкоголизмом и определяет непатологическое изменение личности.

Толерантность к спиртным напиткам продолжает расти и на втором этапе достигает максимального развития. Она колеблется у лиц с различными формами бытового пьянства и может становиться весьма высокой. Соответственно росту толерантности увеличивается и количество потребляемых спиртных напитков. Это в свою очередь меняет клиническую картину алкогольного опьянения: оно углубляется и удлиняется, в ряде случаев дифференцируется с вычленением отдельных фаз (систематическая и привычная формы пьянства). Эйфоризирующий эффект спиртных напитков углубляется и приобретает максимальную выраженность для данного индивида.

На этом этапе сочетаются две группы симптомов, разнонаправленных и потому неодинаково представленных в различных фазах. С одной стороны, наблюдается максимальная для данного индивида толерантность к спиртным напиткам, начинающая убывать во второй половине описываемого этапа, с другой — появляются признаки непереносимости алкоголя, интолерантности. Это соответствует клинике субкомпенсированного опьянения.

К первой группе симптомов, кроме высокой толерантности, относятся выраженный эйфоризирующий эффект, дифференцировка клинической картины опьянения, определенная регулярность приема алкоголя, отработанность ритуала (компания, поводы, условия, место, время, количество, интенсивность опьянения), у части обследованных — сформированная потребность в алкоголе, периодическое появление желания выпить, инициатива в организации выпивки. Ко второй группе относятся симптомы декомпенсации опьянения — усиление наркотического эффекта алкоголя (внешних признаков опьянения — нарушение движений, речи и т. д.), более глубокое нарушение сознания,

мышления и даже эпизодическое появление амнестических форм опьянения.

В начале этапа апогея преобладают симптомы первой группы. Признаки снижения толерантности с уменьшением количества потребляемых спиртных напитков или без него появляются позже. Вначале они возникают эпизодически, как вкрапления, в виде случайных передозировок, нечеткости отдельных воспоминаний или их «засыпания», пробуждения по ночам, «пунктирного» сна и даже частичной агрипнии, более глубокого, чем обычно, опьянения, внезапного изменения настроения во время выпивки, утраты интереса к происходящему или сонливости. Эти явления как для самого индивида, так и для окружающих имеют логическое объяснение, чем-то обусловлены. В последующем указанная симптоматика расширяется и становится ведущей. Опьянение углубляется, его внешние признаки делаются более брутальными, усиливаются нарушения моторики, появляются изменения сознания в состоянии опьянения, некоторое недоосмысление окружающего, утрата критики (см. рис. 14).

Диапазон приемлемости на этом этапе максимально расширен. Если раньше обследуемые осуждали пьянство, то теперь их позиция смягчается, становится более «демократичной». Критика тех или иных последствий пьянства уже не формулируется решительно и непримиримо (появление в общественном месте в состоянии опьянения, доставка в медвытрезвитель).

Этап исхода. Третий этап характеризуется снижением толерантности к спиртным напиткам, сокращением как потребности в алкоголе в целом, так и его потребления, снижением эйфоризирующего эффекта, преимущественно декомпенсированным опьянением, сужением диапазона приемлемости. Этап начинается обычно после 40 лет и охватывает всю дальнейшую жизнь индивида.

На этом этапе уменьшается как частота выпивок, так и количество потребляемых спиртных напитков. Это сокращение сами обследованные часто связывают с возрастом: «Года уже не те», с соматическим состоянием: «Слаб я стал» либо с конкретным заболеванием: «Не могу пить из-за (такой-то) болезни». Обычно это сокращение происходит синхронно со снижением потребности в алкоголе: «Стал меньше пить, потому что не хочется». Это сокращение потребности вначале может быть установочным и связываться с ухудшением переносимости спиртных напитков, усилением последствий. Так, снижение биологической переносимости алкоголя сопровождается углублением дисфорически-дискомфортного состояния или обострением соматического заболевания, что на фоне убывающего эйфоризирующего эффекта делает бессмысленным дальнейший прием спиртного — вместо положительных эмоциональных сдвигов опьянение начинает приносить преимущественно негативные переживания.

Изменение опьянения на этом этапе состоит в прогрессивном

снижении эйфоризирующего эффекта спиртных напитков, появлении и усилении последствий с дисфорически-дискомфортным состоянием. Развивающаяся интолерантность к алкоголю вначале приводит к декомпенсации опьянения, а уже затем — к уменьшению количества алкоголя. Происходят перестройка сложившегося ранее стереотипа выпивки, уклонение от «алкогольных» ситуаций, появление «осторожности» в потреблении алкоголя. Важно подчеркнуть, что причиной свертывания алкоголизации становится стирание эйфоризирующего действия спиртных напитков нарастающим соматопсихическим дискомфортом.

Опьянение на третьем этапе характеризуется психосоматической диссоциацией. По мере развития опьянения психические функции (глубина изменения сознания, мышления, памяти) нарушаются раньше и сильнее, чем двигательная сфера. Это особенно хорошо видно в случаях систематического и привычного пьянства. Уже после первых рюмок спиртного появляется многоречивость, сочетающаяся с грубой самопереоценкой. Изменения личностных установок значительны, речевая продукция, высказывания не соответствуют исходной личностной позиции и даже иногда противоречат ей. Все это происходит на фоне снижения критической оценки, поэтому сам человек не замечает происшедшей с ним перемены, но она бросается в глаза окружающим. При этом моторика может грубо не нарушаться. Хотя внешние признаки опьянения очевидны, координация движений остается удовлетворительной, походка изменена, но человек более или менее способен двигаться. Только в дальнейшем, по мере углубления опьянения, резко нарушаются движения. Часто это состояние сменяется сном.

Диапазон приемлемости сужается по сравнению с этапом апогея. На этом этапе обследуемые становились более нетерпимыми к различным проявлениям пьянства, более резко осуждали лиц, доставленных в медвытрезвитель, их асоциальное поведение в состоянии опьянения. Меняются и критерии, по которым определялось опьянение. Если раньше опьяневшим считался человек с признаками тяжелого опьянения или асоциальным поведением, то теперь пьяным считают имеющего признаки среднего или даже легкого опьянения.

Динамику основных показателей употребления спиртных напитков и злоупотребления ими см. в табл. 9.

ГЛАВА 19

ВРЕМЯ НАЧАЛА УПОТРЕБЛЕНИЯ СПИРТНЫХ НАПИТКОВ. ТЕМП И РАВНОМЕРНОСТЬ РАЗВИТИЯ ПРИВЫЧКИ

Время начала употребления спиртных напитков, темп развития привычки и равномерность течения тесно между собой связаны. Так, время начала употребления спиртных напитков

во многом определяет последующий темп развития привычки, а последний наиболее четко обуславливает форму потребления спиртных напитков и интенсивность алкоголизации.

Ранним (ювенильным) вариантом считалось начало употребления спиртных напитков в возрасте до 14 лет, поздним — после 20 лет.

По темпу развития привычки выделены медленный (слабопрогредиентный), умеренный (прогредиентный), выраженный (быстро прогредиентный) и галопирующий типы.

Точно распределить обследуемых по этому признаку не удалось, поскольку у лиц моложе 20—25 лет этот показатель не всегда четко определяется, он наиболее ясен в апогее бытового пьянства. В типичных случаях употребление спиртных напитков начинается в 14—16 лет у мужчин и в 16—18 лет у женщин. Первый этап формирования алкогольной привычки заканчивается к 30—35 годам, второй этап охватывает возрастную группу 30—40 или 35—45 лет, когда начинают появляться признаки снижения толерантности, декомпенсации опьянения. После 40—45 лет наступает третий этап бытового пьянства.

Этот банальный вариант в ряде случаев может иметь отклонения. У некоторых лиц, чаще у мужчин, рано начавших пить (до 14 лет), алкогольные эпизоды быстро учащаются и становятся беспорядочными. К 18—20 годам, а иногда и раньше уже оформляется систематическое либо даже привычное пьянство.

Среди обследованных моложе 20 лет рано начали употреблять спиртные напитки 45 человек (14,6% данной возрастной группы), из них 14 (4,3%) уже имели признали привычного пьянства. В возрастной группе 20—30 лет такие лица составили соответственно 10,8 и 4%.

Как показывают полученные данные, бытовое пьянство может развиваться различно. У ряда обследованных раннее начало алкоголизации действительно быстро переходило в привычное пьянство, а затем в алкоголизм, а у других людей не отмечалось такой равномерной динамики пьянства. Бурное начало в возрасте 18—25 лет сменяется периодом относительно умеренного потребления без склонности к увеличению.

Раннее и бурное начало алкоголизации коррелировало с незрелостью, инфантильностью личности и неблагоприятной микросредой. Как показано выше, наиболее подвержены пьянству личности без четкой мотивационной структуры, не имеющие стабильных социально позитивных установок, недостаточно усвоившие морально-этические ценности.

Возможно, пьянство подростков — это одно из проявлений инфантилизма, когда задержка психического развития не тотальная, а парциальная и выражается в запаздывании созревания структуры личности, формирования ценностных ориентаций. При этом другие психические функции могут быть развиты нормально. Употребление спиртных напитков, вначале подражательное, не корректируется личностью. Вероятно, завершением формиро-

вания личности можно объяснить свертывание пьянства у этих лиц в более зрелые годы.

В целом раннее начало употребления спиртных напитков коррелирует с быстрым достижением апогея и обратным развитием симптоматики. Алкоголизация достигает максимума к 25 годам, а к 25—30 годам можно заметить признаки интолерантности, снижения устойчивости к алкоголю. Это вначале приводит к появлению грубых, brutальных вариантов опьянения, а затем к сокращению потребления алкоголя, а иногда и полному отказу от него на какой-то период. Затем человек пьет умеренно и все реже и реже. В ряде случаев такая динамика происходит после тяжелого соматического заболевания.

Другой вариант течения характеризует, наоборот, более позднее развитие симптоматики. Начальный этап протекает вяло, с поздним и медленным увеличением потребления спиртных напитков. В этом случае симптомы снижения толерантности и декомпенсации опьянения могут долго не развиваться. Второй этап прослеживается уже в зрелом возрасте 45—50 лет (см. рис. 14).

Неравномерность развития привычки, правда, только в приложении к алкоголизму, уже обсуждалась. Так, Ю. В. Шалайко (1975) указывает, что симптомы алкоголизма появляются неравномерно — в развитии болезни можно выделить периоды интенсивного симптомообразования, скачкообразного усложнения клинической картины. Равномерность течения бытового пьянства в литературе не рассматривалась.

Полученные данные позволяют выделить равномерное и неравномерное (скачкообразное) течение бытового пьянства. Конечно, это деление в какой-то мере условно. О равномерности течения можно говорить тогда, когда симптоматика бытового пьянства достаточно выражена. Как правило, не наблюдалось неравномерного течения, внезапного усиления пьянства у мало пьющих, тем более у практических аскетов. Другая трудность связана с тем, что выраженное изменение темпа, в частности ускорение алкоголизации, часто переводит обследуемого в другую группу потребителей алкоголя и даже способствует возникновению заболевания. К этому нужно добавить, что обследуемые не всегда могут и хотят дать правильную информацию о своем пьянстве. Однако в ряде случаев эта неравномерность видна довольно четко. Наиболее достоверные сведения можно получить от родственников обследуемых.

При равномерном течении интенсивность алкоголизации меняется медленно, без резких скачков, нарастание и свертывание симптоматики происходят постепенно, исподволь (типичный вариант).

При неравномерном течении бытового пьянства часто можно встретить заметное изменение интенсивности алкоголизации: либо значительное сокращение приема спиртного вплоть до полного отказа от него, либо усиление и утяжеление пьянства.

Внезапное сокращение потребления спиртных напитков может быть связано либо с ухудшением здоровья (серьезная болезнь), изменением реактивности организма к алкоголю, появлением непереносимости, либо с изменением психологической установки (например, по совету врача или вследствие «спонтанного» осознания вредности алкоголя), реже — под влиянием средовых факторов, когда изменившийся статус человека несовместим, по его представлениям, с пьянством.

В клинике бытового пьянства можно отметить столь же резкие периоды усиления — частота алкогольных эпизодов нарастает, опьянение становится более грубым. Человек начинает употреблять спиртное в ситуациях, ранее для него нетипичных — на работе, в кругу малознакомых людей. Через определенный промежуток времени потребление спиртных напитков, за редким исключением, возвращается к исходному уровню.

Можно выделить несколько факторов, способствующих усилению пьянства. У лиц с недостаточной интернализацией социальных норм и правил пьянство может усилиться при ослаблении или снятии социального (внешнего) контроля.

У лиц с хорошей интернализацией социальных норм временное усиление пьянства может объясняться психической травмой. Особенно часто это происходит тогда, когда психическая травма сопровождается дискредитацией «я», потерей самоуважения и вынуждает к «переоценке ценностей» (когда защита, направленная на дезактуализацию психической травмы, становится глобальной и затрагивает такую основную личностную характеристику, как ценностная ориентация). Приведем несколько клинических иллюстраций.

Обследуемый В., 37 лет, начальник строительно-монтажного управления. Деловой, энергичный, быстро продвигающийся по службе, на хорошем счету у руководства, перспективный работник. Всегда перевыполнял план, занимал призовые места в социалистическом соревновании. Жил в небольшом городе, где все его знали и он всех знал. Спиртные напитки употреблял умеренно, 1—2 раза в неделю выпивал 200—300 мл водки. Никогда не напивался. Внешние признаки опьянения обычно минимальны (компенсированное опьянение).

В связи со злоупотреблениями в снабжении и получением нефондовых материалов, выявленными при ревизии, долго (более 10 мес) находился под следствием вначале в качестве свидетеля, а затем — обвиняемого.

В связи с отсутствием состава преступления освобожден, но на работе не восстановлен.

Процесс наделал много шума в городе, долго был предметом разговоров. По словам обследуемого, когда его арестовали, весь город сбежался смотреть. Тяжело переживал сложившуюся ситуацию. После освобождения было стыдно выйти из следственного изолятора, потом махнул на все рукой: «Все равно я теперь клейменный!». Разошелся с женой, которая не хотела развода и ждала мужа, переехал в соседний город и начал пить. Пил в течение года практически ежедневно. По словам обследуемого, за этот период не пил едва ли 20—30 дней. Обычно выпивал 500 мл, максимум 1 л водки. Появилось снижение количественного контроля. Часто напивался, но в медвытрезитель не доставляли. Тошноты и рвоты при превышении обычного количества алкоголя не наблюдалось. Отмечал отдельные эпизоды алкогольной амнезии. Абстинентные явления отсутствовали, но после передозировок были слабость, вегетососудистая лабильность, снижение настроения. Однако на работу ходил всег-

да. Для нормализации состояния по утрам пил крепкий чай, кофе, иногда пиво. Спустя год злоупотребление алкоголем как-то само собой начало сокращаться. Стал уклоняться под различными предлогами от участия в компаниях, ограничивать количество потребляемых спиртных напитков: «надоело пить», «устал от пьянства». Субъективно изменилась форма опьянения — стал быстрее пьянеть («меня быстро развозит»), эйфоризирующий эффект снизился, опьянение начало приобретать тягостный оттенок. Плохо чувствовал себя по утрам.

Это совпало с возобновлением интереса к труду. Почувствовал себя увереннее. Возникло желание работать, самоутвердиться. Появились новые друзья, новые интересы.

Катамнез спустя 4 года: продвигается по службе — работал вначале мастером, затем начальником участка, сейчас — начальник технического отдела треста. Несмотря на неоднократные попытки жены восстановить отношения, оформил официальный развод. Женился повторно. По-прежнему энергичен, трудоспособен. Спиртные напитки употребляет 1—3 раза в неделю (200—300 мл водки). Опьянение субкомпенсированное, внешние признаки достаточно выражены. Временами (4—5 раз в течение последних 8 мес) теряет контроль над количеством выпитого и напивается допьяна. Поведение в состоянии опьянения упорядоченное. На другой день всегда выходит на работу, хотя и чувствует себя в такие дни плохо. Тенденция к сокращению пьянства сохраняется.

В данном случае у систематически пьющего под влиянием психической травмы, сопровождавшейся не только дискредитацией «я», но и утратой социального статуса, изменением ценностной ориентации личности, пьянство надолго усилилось вплоть до появления отдельных симптомов алкоголизма. По мере затухания психотравмирующей ситуации пьянство сократилось. Правда, за период наблюдения восстановления до исходного уровня не произошло и обследуемый отнесен к группе привычных пьяниц. Изменилась также форма опьянения — она из компенсированной стала субкомпенсированной. Тенденция к сокращению пьянства остается.

Обследуемый С., 35 лет, инженер-электрик. Отец — профессор, мальчику рано прочили судьбу ученого, во что он сам поверил. Однако в аспирантуру после окончания института не поступил и пошел работать на завод. Считал, что все же предназначен для большего, поставил себе цель написать диссертацию и уйти работать в институт. Писал диссертацию долго и с заметными затруднениями. С невероятными усилиями через 9 лет защитил ее. После защиты, по словам обследуемого, испытал не радость, а разочарование и растерянность, «как будто чего-то лишился». Не знал, куда себя деть, чем заняться. Если раньше пил 1—2 раза в месяц и понемногу, так как не было ни времени, ни желания, то теперь охотно соглашался на предложения друзей «отметить» событие. Начал пить с банкета по поводу защиты диссертации и пил с небольшими перерывами в течение 2 мес, так и не оформив документы для утверждения ученой степени. На работе появлялся периодически, часто прогуливал, что ему охотно прощали. Затем так же неожиданно бросил пить. Окончание «запоя» связывает с каким-то внутренним механизмом отрезвления: «Что же я делаю?!». Опять захотелось работать. Какую-либо связь данного эпизода с аффективными нарушениями, другими психическими расстройствами проследить не удалось.

Катамнез спустя 2 года: спиртные напитки употребляет редко (1—2 раза в месяц) и в небольших количествах. Пьет неохотно, больше уступая давлению окружающих.

В приведенном случае период интенсификации пьянства мы связываем с изменением ценностной ориентации личности после

реализации сверхпрограммы. Удовлетворение такой ведущей личностной потребности, как написание и защита диссертации, не могло не привести к нарушению иерархических отношений потребностей и мотивов и временной актуализации второстепенной потребности, в данном случае потребности в алкоголе.

Обследуемый К., 28 лет, окончил ГПТУ, работает слесарем, женат 6 лет, имеет двух детей. По характеру мягкий, общительный весельчак, «душа» компании, играет на гитаре, неплохо поет. До женитьбы часто выпивал с товарищами по работе по случаю зарплат, перед приходом в клуб на танцы. Пил в среднем 1—2 раза в неделю, в основном вино (до 0,5 л). Не напивался. В состоянии опьянения поведение упорядочено, весел, слегка расторможен, рассказывает анекдоты. После женитьбы пить меньше не стал. Жена, женщина «с характером», властная, в какой-то мере даже жесткая, сразу заняла в семье доминирующее положение; она ярая поборница трезвости. Буквально не терпит мужа, когда он пьян, устраивает публичные скандалы, даже применяет физическую силу. Обследуемый старается выпить тайком от жены, когда она с детьми у матери или в гостях или если ему это разрешается. Пьет редко.

Последние 4 года отдыхает в отпуске один, так как жена занята детьми. Пить начинает с момента посадки в поезд и пьет практически весь отпуск. Толерантность до 0,5 л водки. По возвращении опять становится тихим, примерным, пьет редко, уклоняется от участия в выпивках на работе, поскольку боится семейных скандалов. С тоской вспоминает прошедший отпуск и с нетерпением ждет следующего.

Здесь у лица с умеренным потреблением спиртных напитков усиление пьянства связано со снятием внешнего контроля, в данном случае контроля жены. Интенсификация пьянства в период отпуска, командировки — довольно частое явление, оно вызвано ослаблением социального контроля (производственного, семейного).

Обследуемый Ф., 45 лет, слесарь-сборщик. В течение последних 10—15 лет пил часто и помногу — 1—3 раза в неделю и «не меньше бутылки», иногда и больше. В рабочее время никогда не пил. Собирались обычно с бригадой после работы. Внешние признаки опьянения выражены умеренно. Поведение в состоянии опьянения не изменено. Не опохмелялся. Тошнотворной реакции при передозировке не было. Несколько раз было амнестическое опьянение. Работу не прогуливал. В медвытрезвитель не доставлялся. Считается хорошим работником. С 36—38 лет стал быстрее пьянеть. Опьянение стало субкомпенсированным и декомпенсированным: быстро пьянеет, внешние признаки опьянения грубые, в состоянии опьянения засыпает. Несмотря на снижение толерантности, количество алкоголя не уменьшает.

Перенес инфаркт миокарда 4 года назад. Врач сказал, что пить нельзя, так как он может умереть. С этого времени практически не пьет. Позволяет себе $\frac{1}{2}$ стакана вина в праздничные дни.

В данном случае у лица с привычной формой пьянства, на третьем (исходном) его этапе на фоне декомпенсации опьянения и снижения толерантности возникло соматическое заболевание, которое привело к практически полному отказу от спиртного.

ФОРМЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ СПИРТНЫХ НАПИТКОВ И ЗЛУОПOTРЕБЛЕНИЯ ИМИ

Каждая последующая форма бытового пьянства «вырастает» из предыдущей так же, как алкоголизм «вырастает» из бытового пьянства. На начальных этапах алкоголизации форма бытового пьянства выражена недостаточно, что вызывает определенные затруднения при ее идентификации. Наиболее четкую форму употребления спиртных напитков и злоупотребления ими можно установить в апогее, когда потребление алкоголя максимальное, и на этапе исхода.

ВОЗДЕРЖАНИЕ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ (АБСТИНЕНТЫ)

Абстиненты — лица, по тем или иным мотивам воздерживающиеся от приема алкоголя. Существуют абсолютные и относительные абстиненты. К абсолютным абстинентам отнесены лица, совершенно не употреблявшие спиртных напитков в течение по крайней мере года. Относительные абстиненты употребляют алкоголь крайне редко (2—3 раза в год) и в небольших количествах (до 100 мл вина). Они пьют без желания, часто под давлением окружающих.

По возрасту абстиненты распределялись следующим образом: до 20 лет — 9%, 20—29 лет — 7,5%, 30—39 лет — 12,3%, 40—49 лет — 13,6%, 50—59 лет — 27,7%, 60 лет и старше — 30%. Значительно более интересны средневзвешенные цифры — соотношение числа абстинентов с общей численностью данной возрастной группы (см. табл. 5).

Среди абстинентов женщин в 2 раза больше (70%). Наиболее полно абстиненты представлены в крайних возрастных группах — моложе 20 и старше 60 лет, где они составляют соответственно 9 и 30% (у мужчин 11 и 46%, у женщин 7,7 и 23%); их значительно меньше в средних возрастных группах.

Среди причин, приводящих к отказу от употребления спиртного, можно выделить следующие.

1. Биологическая непереносимость алкоголя: а) извращение психотропного действия алкоголя (лица, у которых алкоголь изначально вызывает не эйфорию, а другое изменение психического состояния с негативным эмоциональным компонентом — депрессию, дисфорию, дискомфорт и т. д.); б) непереносимость алкоголя как пищевого вещества (токсические и токсико-аллергические реакции); в) появление выраженных соматических нарушений как в состоянии опьянения, так и после выпивки, «стирающих» эйфоризирующий эффект (головная боль, головокружения, тошнота, сердцебиения, боли в сердце, выраженные диспепсические расстройства и т. д.).

2. Ухудшение здоровья (истинное или мнимое): а) возникновение тяжелого соматического заболевания, угрожающего

смертью («переосмысливается» вся жизнь); б) последствия черепно-мозговой травмы, сопровождающиеся снижением переносимости алкоголя; в) незначительные соматические и невротические аномалии у лиц мнительных, уделяющих чрезмерное внимание своему здоровью; г) совет врача перестать пить.

3. Установочные мотивы: а) реакция отрицания на негативный пример в детстве — полный отказ от спиртного у юношей, имеющих родителей-алкоголиков (при негативном к ним отношении); б) у лиц, воспитанных в пуританских условиях, когда алкоголь считается совершенно недопустимым и абсолютно исключается (крайне редко); отказ от спиртного по религиозным соображениям.

Лица с биологической непереносимостью или заболеванием, препятствующим потреблению алкоголя, не могут употреблять спиртные напитки, а лица с установочными мотивами не хотят пить.

Люди с непереносимостью алкоголя стараются избегать не только его потребления, но и ситуаций, в которых выпивка возможна. Лица с соматической патологией обычно относятся к относительным абстинентам — они сохраняют способность пить, но потребляют алкоголь в очень ограниченных количествах.

Алкоголь не играет заметной роли в жизни абстинентов. Потребление спиртных напитков возможно, но совершается обычно под давлением окружающих и сопряжено с преодолением некоторого внутреннего сопротивления. Человек может выпить в особо торжественных случаях (праздник, юбилей, день рождения и другие индивидуально значимые события), но это уступка, дань сложившимся алкогольным традициям. Такие люди пьют медленно, в небольших, часто даже «микроскопических» (только смочить губы) количествах. Отвращения к спиртным напиткам нет, их органолептическое восприятие обычно не вызывает негативной реакции. Предпочтение не отдается никакому виду напитков (все равно, что пить), но и в связи с меньшим содержанием алкоголя и более приятным вкусом чаще потребляются вина. В целом за вечер человек выпивает не более 150 мл вина (чаще 50—100 мл). Никакой периодичности выпивок, естественно, нет.

Эйфоризирующее действие незначительно или вообще отсутствует. Возможны легкое увеличение речевой продукции, умеренное оживление мимики и моторики, едва заметное повышение настроения, некоторое усиление аппетита с полной сохранностью критики, упорядоченностью поведения. Совершенно исключены необдуманные высказывания, поступки. Сохранен полный контроль за поведением и речью, длительность и интенсивность эйфории крайне незначительны.

У лиц, прекративших пить вследствие соматического заболевания, короткий период эйфории сменяется довольно длительным и субъективно тягостным соматическим дискомфортом. Почти всегда появляются головная боль, головокружения, часто

повышение артериального давления, одышка, боль в области сердца. Обостряются латентные или хронические заболевания: за минуту удовольствия приходится расплачиваться часами и даже сутками мучений. Довольно часто дискомфортное состояние развивается уже с первыми глотками спиртного, стирая его эмоциональное действие. Невозможность употребления спиртных напитков в количествах, принятых в данной социальной группе, иногда приводит к довольно значительным нарушениям интерперсональных отношений. Коррекция этих нарушений в ряде случаев требует формирования защитных психологических построений.

Отказ от спиртных напитков делает абстинентов «не такими, как все», выводит их за границы «нормы», не позволяет им полноценно соблюдать принятые в данной социальной группе алкогольные обычаи. Невозможность следовать групповым алкогольным нормам, например при биологической непереносимости алкоголя, приводит к конфликту человека с референтной ориентацией на данную группу и формирует чувство неполноценности. Это чувство порождается и усиливается санкциями группы в отношении «инакомыслящих». Члены группы довольно настороженно и даже враждебно относятся к тем, кто не хочет или не может усвоить групповые нормы. Частоту такой ситуации выявить трудно, поскольку лица, не принявшие групповые алкогольные нормы, не только выталкиваются из неформальной группы, но часто не могут оставаться и в формальной группе (бригада, звено, участок), ядро которой составляет активно функционирующая алкогольная группа. Для того, чтобы закрепиться хотя бы в формальной группе, человек должен обзавестись соответствующей «легендой» — защитным построением, призванным объяснить окружающим невозможность принятия групповых норм. В качестве такой объяснительной системы чаще всего выступает болезнь.

Естественно, когда спиртные напитки не употребляются по установочным соображениям, защитные построения для сохранения стабильности личности не требуются. Они могут декларироваться и использоваться в процессе общения, но выполняют функцию псевдомотива, скрывающего истинный мотив поведения.

СЛУЧАЙНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

Люди, употребляющие алкоголь случайно, в целом поздно приобщаются к нему. Процесс имеет малую динамику с неразвернутой картиной алкогольного опьянения, малой его дифференцировкой, низкой толерантностью и невысоким эйфоризирующим эффектом спиртных напитков.

Первая выпивка у части обследуемых приходилась приблизительно на те же годы, что и в других группах: 14—18 лет для мужчин и 16—21 год для женщин.

Период адаптации к спиртным напиткам практически у всех проходил спокойно, без учащения эпизодов и превышения обычных количеств алкоголя. Некоторые обследуемые сообщали о 1—2 выраженных передозировках с развитием коллапса, интенсивной интоксикацией, после чего «как отрезало»: был длительный период (до нескольких лет) полного воздержания с осторожным употреблением небольших количеств спиртного в дальнейшем. Затем спиртные напитки употреблялись эпизодически в связи с праздниками или по случаю семейных торжеств и в небольших количествах.

Люди этого типа отмечают малый эйфоризирующий эффект спиртных напитков. Алкоголь долго не оказывает вообще никакого действия («как воду пью»). Органолептически спиртные напитки больше безразличны, чем неприятны. Как правило, в этот период нет избирательности («все равно, что пить»). Обследуемые обычно не пьют потому, что «не зачем»: «Я что выпила, что нет» — алкоголь не дает ни наркотического, ни эйфоризирующего эффекта.

Динамика потребления спиртных напитков либо отсутствует, либо слабая, отдельные фазы выявить, как правило, не удастся. Рост толерантности к алкоголю незначительный и определяется далеко не во всех случаях. Вследствие низкой устойчивости к спиртным напиткам признаков интолерантности выявить не удастся. Такие люди пьют редко (от 1 раза в 2—3 мес до 1—2 раз в месяц) и нерегулярно, только тогда, когда не выпить трудно и отказ может быть неправильно истолкован (часто пьют под нажимом окружающих), обычно не более 50—150 мл в пересчете на водку. Они предпочитают слабые спиртные напитки (вино), крепкие напитки употребляют редко.

Выраженность опьянения незначительная, редко умеренная. Контроль над своими действиями, поступками и количеством выпитого сохраняется, сознание, внимание, память, мышление, ассоциативные процессы практически не изменяются. Опьянение ограничивается соблюдением ритуала. Поскольку потребность в алкоголе в этой группе отсутствует, нет и чувства насыщения. Уже первые признаки опьянения обычно приводят к замедлению дальнейшего приема алкоголя и последующему отказу от него.

В типичных случаях к 35—40 годам начинается урежение алкогольных эпизодов, появляется негативное отношение к поводам для выпивок, уклонение от участия в них. В этом периоде усиливается негативное отношение к пьянству окружающих, возрастает нетерпимость, появляются раздражение, отвращение и даже гадливость при виде опьяневшего, отвращение к запаху перегара. Частота алкогольных эпизодов снижается до 3—4 в год. Периодичности нет. Употребление алкоголя происходит под нажимом окружающих. Эйфоризирующий эффект ощущается только в первые 10—15 мин, затем состояние нормализуется или сменяется дискомфортом. На следующий день после выпивки

возможны ухудшение самочувствия, обострение имеющейся соматической патологии.

В старшем возрасте (50 лет и старше) отношение к алкоголю становится более терпимым. Исчезает воинственность в борьбе за трезвость окружающих, ранее характерная для лиц этой группы. Обследуемые сами практически не употребляют спиртного. В крайних случаях его небольшие количества (15—25 мл водки) не дают никакого эффекта, а большие, как правило, вызывают депрессию, дискомфорт и ухудшают соматическое состояние.

УМЕРЕННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

Лица этой группы составляли треть всего обследованного контингента (32,6%). Они приблизительно равномерно представлены во всех возрастах. Можно отметить только некоторое увеличение их численности среди женщин зрелого возраста с четким снижением после 60 лет (см. табл. 5). Начало употребления спиртных напитков приходится на те же сроки, что и при случайном употреблении алкоголя. Развитие привычки у большинства обследованных ровное, спокойное, без периодов ускорения. Максимальное развитие привычки отмечается в возрасте 25—35 лет. Третий этап начинается после 35 лет (30—40 лет).

Эйфоризирующее действие спиртных напитков хотя и сильнее, чем у лиц, случайно употребляющих алкоголь, но в целом выражено умеренно. Клиническая картина опьянения недифференцирована, его длительность невелика. В большинстве случаев наступает насыщение, что становится основным механизмом ограничения. Если ситуация изменяется и не позволяет реализовать выпивку после проведенной подготовки, то никаких негативных явлений не возникает.

Периодичность эпизодов отсутствует. Поводом для выпивки являются общепринятые праздники, юбилеи, семейные торжества — ситуации, большинством людей считающиеся достаточно важными для приема спиртных напитков. Обычно употребляется 100—150 мл в пересчете на водку, максимум 300 мл. Обычно пьют 1—4 раза в месяц. Опьянение умеренное, его внешние признаки имеются, но выражены негрубо. Снижение толерантности в третьей фазе происходит синхронно сокращению потребления спиртных напитков, что позволяет избежать передозировок и грубых форм опьянения.

Лица этой группы редко берут на себя инициативу в организации выпивки. Ее возникновение в значительной мере зависит от ситуации. При стереотипном повторении возникновения алкогольного эпизода может облегчаться. Начинает формироваться алкогольная потребность, которая в этой группе дополнительная и не играет существенной роли в жизни умеренно употребляющих алкоголь. Структура потребностей и мотивов личности не меняется. Эйфоризирующий эффект спиртных напитков достаточен, но недифференцирован.

Вне опьянения каких-либо феноменов, связанных с пьянством, нет. Желание выпить возникает крайне редко. Признаки психологической защиты отсутствуют, поскольку пьянство не выходит за пределы сложившихся форм. Выпивка возможна только с членами своей, часто единственной, неформальной группы.

СИСТЕМАТИЧЕСКОЕ ПЬЯНСТВО (АЛКОГОЛЬНАЯ АКЦЕНТУАЦИЯ)

Лица этой группы составили 12,9% обследованных (возрастно-половую характеристику см. в табл. 4 и 5). Мужчин в этой группе в 2½ раза больше, чем женщин (соответственно 18,7 и 8,2%).

Как и у мужчин, так и у женщин отмечается четкая возрастная динамика: численность лиц этой группы с возрастом вначале увеличивается, достигая максимума к 20—29 годам у женщин и к 30—39 годам у мужчин, а затем довольно резко снижается. Эта тенденция значительно резче у женщин.

Для лиц этой группы характерны учащение выпивок и увеличение количества алкоголя, расширение поводов для алкогольных эпизодов, трансформация клинической картины опьянения, формирование психологической защиты, расширение диапазона приемлемости, включение потребления спиртных напитков в динамический стереотип, дающий основание говорить о формировании соответствующего стиля жизни. Пьянство ситуационно обусловлено, оно ослабевает или исчезает в периоды повышенной занятости и усиливается в свободное от работы время (табл. 10).

Этот вариант сопровождается относительно более ранним знакомством с алкоголем, стремлением к максимальным количествам спиртных напитков, определенной периодичностью выпивок, частыми эпизодами выраженного опьянения и асоциального поведения, существованием отдельных фаз в клинике опьянения, четкой картиной всех этапов развития алкогольной привычки, повышением вероятности возникновения болезненных форм пьянства.

Первая выпивка обычно происходила рано, еще в 6—8-м классах школы. Более систематическое потребление спиртных напитков начиналось в возрасте 16—20 лет, когда подросток уже работал (иногда еще учился в школе). Становление алкогольной привычки в некоторых случаях происходило быстро, что обычно вызывало беспокойство у родных и близких. В отдельные ситуационно обусловленные моменты обследуемые пили часто, напивались допьяна. Однако этот этап длился недолго (несколько недель, месяцев) и сменялся периодом довольно умеренного потребления спиртных напитков.

В последующие годы эпизоды постепенно учащались, сопровождаясь возрастанием толерантности. В первой фазе систематического пьянства опьянение было компенсированным. Внеш-

ние признаки опьянения обычно выражены незначительно (гиперемия лица, глазных яблок, запах алкоголя изо рта, легкая дискоординация движения). В некоторых случаях внешние признаки опьянения вообще отсутствовали. Отмечались небольшие явления постабузусной адренергии и вегетативной лабильности. Как правило, лица этой группы на следующий день после выпивки чувствовали себя удовлетворительно, работоспособность не снижалась или снижалась незначительно. Явления дискомфорта были минимальными. В некоторых случаях на следующий день после выпивки, наоборот, отмечались прилив сил, повышенная работоспособность.

Алкогольная потребность формировалась быстро и обычно к 25—30 годам приобретала достаточную четкость, становясь сопоставимой с другими потребностями личности. Это сопровождалось соответствующей перестройкой иерархических отношений в структуре потребностей и мотивов. Потребление спиртных напитков в этой группе увеличивалось более интенсивно, чем у лиц, умеренно пьющих, а отдельные фазы выражены четче. В типичных случаях интенсивность алкоголизации достигала максимума к 30—35 годам, оставаясь стабильной еще около 5 лет.

Интенсивность алкоголизации лиц этой группы выше соответствующих среднестатистических показателей для населения. В фазе наивысшего развития лица с систематической формой пьянства употребляли 200—400 мл водки (в среднем 270 мл) 1—2 раза в неделю. Система поводов для выпивки расширялась. Если у лиц, умеренно пьющих, основанием для выпивки служат общепринятые праздники или особые события личной жизни, то в описываемой группе выпивка становится обязательной по случаю прихода гостей, встречи друга, получения зарплаты, премий, какой-либо покупки, ухода в отпуск или просто выходного дня.

Несколько меняется само опьянение — оно становится более выраженным и дифференцированным. Эйфоризирующий эффект спиртных напитков выражен более резко по сравнению с лицами, умеренно пьющими. Насыщение наступает позже, чем у умеренно пьющих, что способствует углублению опьянения. В зависимости от возраста и состояния организма опьянение может быть компенсированным, субкомпенсированным и декомпенсированным. За исключением случаев приема избыточных количеств спиртного, когда возможна постинтоксикационная астения, симптомов последствия выявить не удается. Наоборот, в постабузусном периоде, особенно у молодых людей, часто наблюдаются повышенное настроение, прилив сил, бодрости, стремление к деятельности и объективное увеличение работоспособности. Потребность в алкоголе выражена более интенсивно, чем у лиц, умеренно пьющих.

Не менее важным для этой группы является уменьшение вариативности картины опьянения. Состояния опьянения на-

Т а б л и ц а 10. Сравнительная характеристика трансформации основных симптомов при употреблении спиртных напитков и злоупотреблении ими

Симптоматика	Случайное употребление алкоголя	Умеренное употребление алкоголя	Систематическое пьянство (алкогольная акцентуация)	Привычное пьянство (хронический алкоголизм)
Динамика привычки Развитие алкогольной потребности (индивидуально - психологические изменения)	Отсутствует или слабо выражена Алкогольная потребность отсутствует. Потребление спиртного практически всегда уступка традиции	Выражена умеренно Выражена слабо. Играет второстепенную роль в структуре потребностей и мотивов, в связи с чем структура личности не деформируется Умеренная	Четко выражена Выражена достаточно четко. Является одной из ведущих потребностей. Часто сплетается с другой потребностью. Трансформация личности незначительна Высокая	Четкая или галопирующая Ярко выражена. Является одной из основных потребностей, в связи с чем происходит некая трансформация личности
Толерантность к спиртным напиткам Характер опьянения (интенсивность опьянения, длительность, дифференцировка клинической картины, интенсивность эйфории, период последующих действий)	Опьянение незначительное. Длительность невелика. Дифференцировка на фазы отсутствует. Эйфоризирующий эффект минимален. Контроль над количеством выпитого сохранен. Последствия возможно и связано с биологической переносимостью алкоголя	Интенсивность опьянения умеренная. Длительность невелика. Дифференцировка на фазы отсутствует. Эйфоризирующий эффект достаточно выражен. Контроль над количеством выпитого сохранен. Последствия минимально	Выраженное опьянение. Его длительность возрастает. Четко выражены период эйфории, интенсивность которой растет. Возможна эпилептическая утрата контроля над количеством выпитого. Имеется период последующих действий	Глубокое и длительное опьянение. Дифференцировка фаз четко выражена. Интенсивный эйфоризирующий эффект. Четко выражен период последующих действий. Контроль над количеством выпитого частично утрачен
Потребляемые количества алкоголя в миллилитрах водки Частота алкогольных эпизодов	Обычно 50—150, максимум 250	Обычно 100—250, максимум 300—400	Обычно 200—300, максимум 500	Обычно 300—500, максимум 500 и более 2—3 раза в неделю

Воздержанне от выпивки после состоявшейся подготовки	Возможно и несколько облегчено	Воспринимается спокойно	Затруднено. Оставляет чувство неудовлетворенности	Практически невозможно. Вызывает снижение настроения вплоть до дисфории
Периодичность эпизодов	Периодичность отсутствует. Эпизод всецело обусловлен ситуацией	Периодичность эпизода относительна. В значительной степени определен ситуацией, однако его возникновение иногда облегчено	Периодичность имеется, но есть ситуационно обусловленные разрывы	Довольно четкая периодичность
Инициатива в проведении выпивки	Отсутствует	Как правило, отсутствует. В редких случаях, без инициаторов с более выраженной потребностью, человек может брать инициативу на себя	Как правило, выступает инициатором	Как правило, выступает инициатором
Конформность (готовность откликнуться на предложение выпить, составить компанию)	Низкая, как правило, выставляет контрдоводы	В зависимости от наличия или отсутствия потребности, значимости ситуации	Высокая. Как правило, поддерживает инициативу	Высокая. Всегда готов поддерживать компанию
Изменение структуры личности	Отсутствует	Отсутствует	Практически отсутствует	Умеренное

чинают походить друг на друга (клишированная форма). При возникновении алкогольного эпизода можно заранее сказать, как он будет развиваться.

На ранних этапах систематического пьянства отдельные эпизоды злоупотребления могут субъективно осознаваться и формировать попытки свести прием алкоголя к приемлемому уровню. Они могут ограничиваться внутренним решением и поведенчески проявляться в периодах сокращения пьянства или полного отказа от спиртного, а также оставаться на вербальном уровне — в форме обещаний («зарок»).

Однако параллельно попыткам ограничить пьянство, вернуть его в социально сложившиеся рамки, а главное, по мере неудач в этом направлении начинают формироваться механизмы психологической защиты. Оправдание в собственных глазах и глазах окружающих более частых выпивок возможно путем объяснения каждой из них. Так начинает закладываться объяснительная система, которая здесь приобретает форму «поводов». Всякое более или менее неординарное событие становится поводом для выпивки. Человек подает окружающим это событие как ситуацию, в которой не выпить просто невозможно. Сам он также убежден в этом.

Из других феноменов психологической защиты в этой группе необходимо отметить расширение диапазона приемлемости — отодвигание верхней границы нормы, позволяющее индивиду без личностного конфликта «принимать» более brutальные формы пьянства. Лица этой группы считают алкоголь обязательным условием продуктивного общения, охотно поддерживают компанию, редко осуждают окружающих за асоциальное поведение в состоянии опьянения, доставку в медвытрезвитель. Они часто сами выступают инициаторами в организации выпивки. Ее отмена после законченной подготовки (внезапное изменение ситуации) затруднительна для индивида и оставляет досаду, разочарование.

Наконец, последнее (по порядку, но не по значению) относится к социально-психологическим сдвигам, которые делают пьянство основным способом проведения досуга, стилем жизни (см. табл. 10). Большую роль в этом играет неумение правильно отдыхать и появление ничем не заполненного времени. Часто обследуемые на вопрос о причине выпивки отвечали: «От скуки», «От нечего делать», «А чем еще заняться?». У них не было стойких жизненных интересов, стремлений, выраженной потребности в труде, их отличали ослабление чувства долга и легкомысленное отношение к своим обязанностям.

Алкоголь еще не воспринимается как единственный смыслообразующий мотив деятельности; это качество он может приобрести позднее. Однако он уже является ведущим способом получить удовольствие в жизни, основным его источником. Другие виды деятельности, не связанные с алкоголем, осуществляются как бы в перерыве между выпивками. Это дает

основание рассматривать систематическое пьянство как алкогольную акцентуацию личности.

При систематическом пьянстве деятельность изменяется в двух направлениях. С одной стороны, расширяется и усложняется деятельность по подготовке к выпивке, поиску компании и созданию ситуации (поисковое поведение). С другой стороны, деятельность, непосредственно связанная с потреблением алкоголя, упрощается. Выпивка уже не требует соблюдения ряда условий (соответствующий повод, надлежащая обстановка и т. д.) и может реализоваться в такой ситуации, в которой раньше человек отказался бы выпить. Промежуточные этапы деятельности выпадают, и она из опосредованной становится непосредственной.

Другое проявление пьянства как стиля жизни, как алкогольной акцентуации — изменение общения. В процессе деятельности закрепляются контакты с лицами, общение с которыми сопровождается выпивкой. Здесь по механизму эмоционального переноса эмоциональный эффект действия алкоголя генерализуется и распространяется на все то, что связано с алкогольным эпизодом, включая субъект общения. Общение с такими партнерами происходит чаще и их поиск осуществляется, может быть, несознательно, всякий раз, когда появляется желание выпить. В то же время контакты с лицами, мало употребляющими спиртное, сокращаются как не полностью удовлетворяющие потребность в общении. Эти лица оттесняются на задний план, а в дальнейшем вообще исключаются из сферы общения. Так с течением времени трансформируется круг общения, ограничиваясь лицами определенного плана.

Таким образом, предложенная классификация бытового пьянства с использованием частотно-количественного критерия предусматривает следующее деление.

1. Абстиненты — лица, не употреблявшие спиртные напитки по крайней мере в течение года или употребляющие их столь редко и в столь небольших количествах, что этим можно пренебречь (до 100 г вина 2—3 раза в год).

2. Случайно пьющие — лица, употребляющие обычно 50—150 мл водки (максимум 250 мл) от нескольких раз в году до нескольких раз в месяц.

3. Умеренно пьющие — употребляющие по 100—250 мл, максимум 300—400 мл спиртных напитков 1—4 раза в месяц.

4. Систематически пьющие — употребляющие 200—300 мл водки (максимум 500 мл) 1—2 раза в неделю.

5. Привычно пьющие — употребляющие 300—500 мл водки (максимум 500 мл и более) 2—3 раза в неделю.

По темпу течения выделены медленный (слабо прогрессивный), умеренный (прогрессивный), выраженный (быстро прогрессивный) и галопирующий типы; по равномерности течения — равномерный, неравномерный (скачкообразный), по времени начала — ранний (ювенильный), средний (типичный)

и поздний варианты. Сформулировано понятие о динамике (стереотипе) бытового пьянства. Выделены 3 этапа:

— начальный, с усилением алкоголизации и устойчивости к спиртным напиткам, появлением и развитием алкогольной потребности, изменением характера опьянения (дифференцировка и усложнение клинической картины, углубление эйфоризирующего эффекта, незначительное последствие);

— апогея — толерантность к спиртным напиткам, алкогольная потребность достигают наивысшего для данного индивида уровня, происходят дальнейшая дифференцировка и усложнение клинической картины опьянения, запаздывание симптома насыщения, появляется последствие;

— исхода — снижение алкогольной потребности и связанное с ним сокращение потребления спиртных напитков, падение их эйфоризирующего действия, снижение толерантности, преимущественно декомпенсированное опьянение.

В зависимости от ведущего мотива выделено 3 типа потребления спиртных напитков:

— социально обусловленный — эпизод связан с удовлетворением потребности в общении, самоутверждении, референтной ориентацией; характерен для молодежи и лиц, случайно употребляющих спиртные напитки;

— психологически обусловленный — спиртные напитки употребляются для получения эйфории, достижения психического комфорта, снятия эмоционального напряжения и разрешения конфликтов; свойствен лицам более старшего возраста и людям, умеренно и систематически употребляющим спиртные напитки;

— биологически обусловленный — спиртные напитки употребляются не только для психологической, но и для соматической коррекции, снятия дискомфортных состояний; характерен для лиц старшего возраста, привычно пьющих и больных алкоголизмом.

ГЛАВА 21

КОНЦЕПЦИЯ ПРЕАЛКОГОЛИЗМА. ПРИВЫЧНОЕ ПЬЯНСТВО КАК ПРЕАЛКОГОЛИЗМ

АССОЦИАТИВНЫЙ И ДИССОЦИАТИВНЫЙ КРИТЕРИИ НОЗОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОНЦЕПЦИИ ПРЕАЛКОГОЛИЗМА

В последнее время многие исследователи выделяют донологический (предболезненный) этап ряда заболеваний. Находясь на границе нормы и патологии, он еще остается в рамках здоровья, но увеличивает риск развития определенной патологии. В наркологии проблема предболезни остается неразработанной.

В зарубежной литературе, особенно американской, довольно много внимания уделяется злоупотреблению алкоголем вне заболевания. Выделение «проблемного пьянства», «симптоматического пьянства», «алкоголизма без пристрастия» является результатом этого подхода и по сути представляет собой попытку описания донозологических форм алкоголизма. Существование двух самостоятельных форм алкоголизма (с пристрастием и без него), не переходящих друг в друга, подчеркивалось многими авторами [Wright E. R., Hecker A. O., 1966; Stein L. Z., Niles D., Ludwig A. M., 1968]. Эта мысль прослеживается еще в работах Е. Jellinek, выделившего алкогольную наркоманию (пристрастие) с утратой контроля и привычное чрезмерное симптоматическое пьянство без утраты контроля.

В отечественной литературе в последнее время также есть попытки описать формы злоупотребления спиртными напитками, примыкающие к алкоголизму, однако трактовка их нозологического положения и диагностической ценности остается неопределенной. Большинство исследователей рассматривают эти формы как донозологический этап алкоголизма, его преклиническую форму или даже продром заболевания с предопределенным переходом в алкоголизм.

Так, И. В. Стрельчук (1980) выделяет предболезнь, которую он рассматривает как преклиническую фазу болезни. В. М. Банщиков, Ц. П. Короленко и А. В. Драгун (1980) описывают донозологический этап, который, по их мнению, предшествует заболеванию и характеризуется психоэмоциональным напряжением, неадекватными реакциями на фрустрацию.

Понятие «продром болезни» в применении к алкоголизму было сформулировано И. Н. Пятницкой, В. И. Ивановым (1980). Продром вообще — состояние, в такой степени лишенное специфичности, что не дает возможности судить не только о нозологической единице, но даже о нозологической группе. Однако это кажущееся противоречие, по мнению авторов, снимается специфичностью самой вредности, которая обуславливает и специфичность продрома. Алкогольный продром характеризуется попытками личности ограничить злоупотребление, контролировать интенсивность пьянства, появлением дисхроноза — нарушением ритмов сна и общего тонуса (вялость, сонливость, «лень» днем, краткость сна, повышение активности в вечерние и поздние часы), колебаниями настроения (многодневное прекрасное настроение сменяется столь же длительным периодом раздражительности, недовольства собой и окружающими). Колебания этих функций связываются с состоянием опьянения и как бы отрываются от естественных ритмов организма.

Таким образом, существование донозологических форм алкоголизма признается, но их рассматривают лишь как этап в развитии заболевания, что не совпадает с представлениями западных авторов о существовании двух самостоятельных форм

алкоголизма и не полностью соответствует концепции предболезни в клинической медицине.

Вопрос о предболезни в наркологии требует специального рассмотрения еще и потому, что выделение понятия «преалкоголизм» методологически ответственно и имеет важные медико-социальные последствия.

Правомерность диагноза «преалкоголизм» должна рассматриваться в общем контексте проблем донозологической диагностики. Это квалификация симптома на донозологическом этапе (соотношение симптом — болезнь), формулировка диагноза, его юридическое значение, обязательность терапевтических и социальных мероприятий и ряд других проблем.

Критерии отграничения нормы от патологии, признание переходных состояний, именуемых предболезнью, всегда вызывали споры. В последнее время даже в самом определении болезни подчеркивается эволюция патологического процесса.

Так, И. В. Давыдовский, В. Е. Сильвестров (1966), определяя болезнь как форму приспособления организма к условиям существования, подчеркивали необходимость искать видовой специфический признак, «который позволил бы отличить болезнь в пестром ряду биологических явлений». В порядке решения этой задачи они отметили, что болезненное приспособление в отличие от обычного характеризуется «специфическими формами и уровнями приспособительных актов».

В. Е. Сильвестров (1968) развил мысль об отличии болезненного приспособления от обычного. В частности, он подразделил процесс приспособления на «основную» и «резервные» фазы. Это деление, по его мнению, дает основу для различения здоровья и болезни. Однако это только основа. Различие между здоровьем и болезнью зависит от уровня приспособления, который обусловлен соотношением выделенных фаз.

Как правильно замечает А. Д. Степанов (1975), деление приспособления на основную и резервные фазы, бесспорно, помогает отличить болезнь от здоровья, но оно не решает проблему, а только переносит ее в иную плоскость. Вопрос о том, при каком уровне приспособления можно говорить о болезненном приспособлении, т. е. о начале болезни, остается открытым.

В концепции предболезни есть две тенденции. Согласно первой, период непосредственно предшествующий заболеванию, стремятся рассматривать в рамках здоровья («крайний вариант нормы» — А. Д. Степанов, 1975), другая предпочитает относить его к бессимптомному, доклиническому этапу болезни («процесс формирования болезни» — А. И. Струков с соавт., 1980). Однако как бы ни квалифицировался предболезненный период, его все равно надо как-то выделять в качестве более или менее дискретного этапа или промежуточной структуры. Имеется множество клинических фактов, позволяющих устанавливать корреляцию между здоровьем и болезнью и свиде-

тельствующих о том, что патология необходимым образом входит в нормальные реакции [Петров И. Р., Кулагин В. К., 1962], а также о том, что различные состояния здоровья обнаруживают неодинаковую предрасположенность к различным болезням в виде тех или иных зачаточных проявлений, лишь в болезни получающих завершённую форму и определенность [Семичов С. Б., 1982]. Предболезнь определяется как состояние, которое не может быть признано нормой (но еще остается здоровьем), но при котором невозможна констатация болезни и нозологическая диагностика.

Предболезнь — собирательное понятие. Оно включает в себя состояния, не относимые к начальной стадии болезни и не переходящие в нее в дальнейшем, и состояния, которые обязательно разовьются в болезнь и, следовательно, представляют собой ее продромальную стадию.

Трудно согласиться с С. Б. Семичовым (1982) в том, что «сама мысль о допустимости в принципе признания состояний, пограничных между здоровьем и болезнью, вызывает оправданные опасения, поскольку она угрожает смешением понятий здоровья и болезни со всеми вытекающими из этого осложнениями для практики в виде возможных необоснованных медико-социальных и, в частности, медико-деонтологических мероприятий».

Здесь смешиваются желаемое и действительное, вернее, первое выдается за второе. Конечно, для практики удобнее альтернативное деление людей на больных и здоровых. Однако это только желаемое. Патологический процесс потому и является процессом, что он разворачивается во времени. Возникновение болезни — это всегда качественное изменение, сдвиг, новый уровень адаптации организма (адаптация через болезнь), но эти изменения всегда требуют какого-то времени. Это становится наглядным, если попытаться определить время начала заболевания — день, час, минуту, секунду. Практически нет заболевания, допускающего подобное определение. В каждый данный момент существует группа лиц, идентификация которой будет вызывать трудности. Численность этой группы должна зависеть от клинической разработанности проблемы. По мере познания сущности болезни рамки неопределенности могут сужаться и будет уменьшаться число лиц, представляющих трудности для идентификации. Однако полностью исчезнуть такая группа не может. В более широком смысле существование переходных состояний между такими альтернативными понятиями, как норма и болезнь, делает необходимым выделение категории предболезни.

Предболезнь занимает промежуточное положение между здоровьем и болезнью. Присутствие тех или иных патологических нарушений еще не дает возможность говорить о болезни, поскольку новое качество, именуемое болезнью, появляется при достижении определенной интенсивности патологического про-

цесса [Зеневич Г. В., 1979; Кулагин В. К., Петленко В. П., Царегородцев Г. И., 1981].

Другой вопрос связан с оценкой симптома на предболезненном этапе: правомерно ли выделение симптома еще на донозологическом уровне или появление симптома обязательно должно расцениваться как болезнь? Иными словами, можно ли ставить знак равенства между симптомом и болезнью?

До последнего времени симптоматический подход действительно был единственным в установлении заболевания, и появление симптома было равносильно возникновению болезни. Определение начала болезни по моменту появления симптома стало важным шагом в делении людей на больных и здоровых, поскольку из него следует вывод о том, что бессимптомных болезней нет. Однако чрезмерное увлечение симптоматическим подходом привело к необоснованному расширению границ заболевания и наглядно показало его слабые стороны.

Решение вопроса о возникновении симптома на донозологическом этапе связано с квалификацией этого симптома. Диагностическая ценность симптомов различна и выделение так называемых осевых симптомов — наглядный тому пример. В зависимости от диагностической ценности симптомов можно определить 2 принципа диагностики — ассоциативный и дисассоциативный. В первом случае диагноз ставится по комплексу симптомов (иногда генетически сопряженных в синдром, иногда гетерогенных), во втором диагноз ставится по одному или нескольким наиболее важным «осевым» симптомам. Осевой симптом — это симптом, наиболее интимно связанный с патологическим процессом, возникновение которого с наибольшей вероятностью свидетельствует о заболевании.

В первом случае всегда неясно, какого количества симптомов достаточно для диагностики. Если заболевание с достоверностью может быть установлено, например, при 10 симптомах, то дают ли основание для диагностики 5 из них? Иными словами, ассоциативный принцип диагностики не только допускает появление определенных симптомов на донозологическом этапе, но и считает их закономерными. Положение не меняется и тогда, когда диагноз ставится по одному единственному симптому. Формирование симптома — континуальный процесс с нарастанием нарушения функции от исходного уровня до какого-то максимума. На каком этапе будет выявлен этот процесс, зависит от наших знаний, клинической разработанности проблемы, инструментальной оснащенности и т. д. В неразвернутой, abortивной форме симптом всегда будет присутствовать в доболезненном периоде и объективно всегда возможно его более раннее выявление с улучшением знания, введением новых методов исследования и т. д.

Таким образом, присутствие отдельных симптомов заболевания в предболезненном периоде не противоречит нозологическому подходу. В этом случае симптом «свидетельствует толь-

ко о повышении возможности возникновения заболевания» [Степанов А. Д., 1975].

Возвращаясь к наркологии, выделение понятия «преалкоголизм» можно считать методологически достаточно обоснованным, а ассоциативный принцип диагностики оправдывает выделение ряда симптомов заболевания на донозологическом этапе.

Другая группа вопросов связана с идентификацией преалкоголизма и оценкой его нозологической значимости. Описывая донозологические формы алкоголизма, одни авторы рассматривают всю группу лиц, систематически злоупотребляющих алкоголем [Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я., 1976], другие учитывают только небольшую ее часть, вплотную примыкающую к алкоголизму [Пятницкая И. Н., Иванов В. И., 1980; Стрельчук И. В., 1980; Банщиков В. М., Короленко Ц. П., Драгун А. В., 1980], чем в значительной мере определяется фатализм в оценке развития заболевания.

Потребности практики, а также многообразие существующих форм и терминологических понятий делают нецелесообразным выделение преалкоголизма в специальную группу. Ему в полной мере соответствует уже выделенное и описанное в литературе привычное пьянство.

То, что число привычно пьющих в несколько раз превышает распространенность алкоголизма в населении, свидетельствует об отсутствии фатальности в развитии заболевания. Наши данные показывают, что у значительной части обследованных отдельные симптомы заболевания не получают дальнейшего развития и никогда не трансформируются в болезнь. Это соответствует современному пониманию предболезни, включающему продромальные стадии заболевания, закономерно переходящие в болезнь, и крайние варианты нормы без тенденции к дальнейшему развитию.

ПРИВЫЧНОЕ ПЬЯНСТВО КАК ПРЕАЛКОГОЛИЗМ

Привычные формы пьянства описывались в литературе. Так, Ю. П. Лисицын, Н. Я. Копыт (1976) считают привычным пьянством потребление 1—3 раза в неделю количеств алкоголя, вызывающих выраженное опьянение (200 мл спиртных напитков или 500 мл вина), употребление спиртных напитков без повода, преимущественно в случайных местах, асоциальное поведение в состоянии опьянения.

По данным Г. М. Энтина (1979), привычное пьянство характеризуется учащением приема спиртных напитков, ростом толерантности и потребляемого количества, изменением картины опьянения — удлинением стадии возбуждения, расслаблением и глубоким сном к концу опьянения, появлением влечения к алкоголю, что обуславливает алкогольдобывательную деятельность, ухудшением настроения в периоды воздержания.

Привычные пьяницы составили 6,6% всех обследованных нами (11,6% мужчин, 1,9% женщин). Критерии вычленения этой группы подробнее изложены выше. У привычных пьяниц отмечены выраженная потребность в алкоголе, рост потребления спиртных напитков, появление симптомов, предшествующих формированию заболевания, или уже самого алкоголизма (но они были стертыми, абортивными), частичная социальная дезадаптация и защитные психологические построения.

Алкогольная потребность еще непатологическая, но выражена настолько сильно, что конкурирует с основными личностными потребностями. Активация алкогольной потребности сопровождается беспокойством, стремлением к деятельности, усилением позитивного эмоционального радикала при реализации потребности в алкоголе. Клинической проекцией этих изменений является группа феноменов, в дальнейшем переходящих в осевые симптомы алкоголизма.

Кроме роста толерантности и потребления спиртных напитков, возникают облигатность опьянения, а также группа симптомов, связанных с изменением картины опьянения, — утрата способности к градуальным реакциям, удлинение периода опьянения, дифференцировка клинической картины и выявление отдельных фаз, трансформация эйфоризирующего эффекта — его усиление, а также увеличение потребности в эйфории (погоня за эйфорией), расщепление эйфорической и наркотической фаз, переход в части случаев эйфории в дисфорическое состояние и появление последствий. Кроме того, можно отметить абортивные, стертые симптомы, более полно представленные в клинике алкоголизма, — исчезновение защитного рвотного рефлекса, нарушения сна и аппетита, изменение структуры личности и формирование защитных психологических механизмов.

Усиление алкогольной потребности сопровождается формированием симптома желательности алкоголизации, который заключается в появлении мыслей о выпивке («А неплохо бы сейчас выпить»). Вначале эти мысли мимолетны, не фиксируются и быстро стираются. Затем они появляются чаще и остаются дольше. Однако и в этом случае при необходимости человек может их подавить, они еще не навязчивые, но склонны возвращаться. Мысли о желательности выпивки приходят как бы самопроизвольно, без видимых причин, хотя в некоторых случаях удается выявить некоторые ассоциативные цепи — возникновение желания выпить при встрече привычного партнера или в привычных условиях выпивки, при появлении свободного времени или «лишних» денег и т. д.

Симптом желательности алкоголизации можно рассматривать как абортивную форму синдрома зависимости, в которую он непосредственно переходит с формированием заболевания. Он заключается в возникновении желания выпить всякий раз, как этому представляется возможность; при определенных

обстоятельствах это желание все же может быть подавлено. Подавление желания представляет определенные трудности и сопровождается соматопсихическим дискомфортом.

Этот феномен, видимо, близок к понятию «сосредоточенность на выпивке», введенному Н. Mulford, D. Miller (1960), когда «человек периодически видит в своем воображении картины, связанные с выпивкой, планирование им выпивки начинает приобретать особый смысл и превалировать над всеми другими делами». Некоторые авторы определяют этот феномен как самоперцепцию проблем, связанных с пьянством, с появлением у субъекта желания бросить пить [Kelle M., 1978]. На наш взгляд, такое определение менее удачно, поскольку именно «самоперцепции» здесь часто и не хватает.

Рост толерантности к спиртным напиткам. У привычных пьяниц увеличивается устойчивость к спиртным напиткам. По нашим данным, разовое количество в этой группе составило 480 мл 40% алкоголя с колебаниями от 300 до 750 мл, в единичных случаях — 1 л и более, чаще — 400—500 мл; 750 мл и более выпивали 15% обследованных.

Изменения количества спиртных напитков и толерантности при привычном пьянстве не всегда синхронны, что имеет существенное клиническое значение. На первом этапе привычного пьянства изменения толерантности и количества потребляемых спиртных напитков в целом синхронны и рост потребления алкоголя в значительной степени определяется устойчивостью к ним, поэтому опьянение бывает компенсированным. На втором этапе вследствие определенных биологических изменений реактивность меняется и устойчивость к спиртным напиткам начинает снижаться. В то же время количество спиртных напитков в силу сложившейся привычки остается прежним, что приводит к изменению картины опьянения — оно становится более выраженным и грубым и из компенсированного постепенно переходит в субкомпенсированное, а затем и в декомпенсированное.

На третьем этапе привычного пьянства снижается как толерантность, так и количество спиртного, однако толерантность падает быстрее. Количество алкоголя превышает индивидуальную толерантность, обуславливая декомпенсированное опьянение.

Симптом облигатности опьянения заключается в трудностях подавления возникшей потребности в алкоголе. Если сложилась ситуация, в которой обычно происходит выпивка, и начаты какие-то действия по ее подготовке, то прекращение этой деятельности и воздержание от спиртного становятся крайне затруднительными. Если выпивка все же не происходит, то остаются чувство неудовлетворенности, незавершенности, тосливо-раздраженное настроение.

Симптом проявляется при неожиданном препятствии к выпивке, подготовка к которой уже начата (изменение обстанов-

ки, выпадение одного или нескольких участников группового действия). Как правило, группа распадается и алкогольный эпизод остается нереализованным. У привычных пьяниц отмена выпивки вызывает значительные трудности. Человек уже «настроился» на потребление алкоголя и восстановить исходное состояние, изменить направленность деятельности бывает трудно.

Обследуемые предпринимают усилия для сохранения деятельности группы в нужном направлении: дезактуализируют возникшее препятствие, апеллируют к мнению большинства, используют влияние лидера. Если этого оказывается недостаточно и группа все же распадается, то обследуемые пытаются использовать ее часть или организовать новую группу и в других условиях все-таки реализовать выпивку.

Симптом облигатности опьянения в последующем, при возникновении алкоголизма, усиливается, становится ведущим и выступает как основа утраты ситуационного контроля.

Запаздывание появления феномена насыщения. Выше показано, что потребление спиртных напитков даже в рамках бытового пьянства определяется потребностью в алкоголе. Она формируется в результате социализации личности, усвоения культуры данной социальной группы, ее морально-этических норм, обычаев и привычек, в том числе сопряженных со спиртными напитками. Потребность в алкоголе на этом этапе существенно отличается от потребности в алкоголе у больных алкоголизмом тем, что ее удовлетворение возможно в рамках социально декретируемого поведения. В связи с этим алкогольная потребность при бытовых формах пьянства не патологическая. Об удовлетворении потребности в алкоголе говорит возникновение феномена насыщения — исчезновение желания пить в ходе эпизода и соответственно отказ от продолжения выпивки.

У привычных пьяниц феномен насыщения сдвигается во времени, возникает при приеме больших количеств алкоголя. Если у систематически пьющих насыщение появлялось после 150—250 мл водки на фоне умеренного опьянения, то у привычных пьяниц насыщение наступает только от количеств, вызывающих выраженное и глубокое опьянение (400—500 мл водки и более). Меньшие количества спиртных напитков (частичное удовлетворение алкогольной потребности) переводят начавшую развиваться эйфорию в дисфорическую фазу, усиливающую потребность в алкоголе. Ситуация начинает приближаться к альтернативной — «все или ничего».

Запаздывание феномена насыщения лежит в основе такого базового признака заболевания, как утрата количественного контроля. При формировании заболевания потребность в алкоголе становится патологической; ее удовлетворение требует количеств, близких к пределу биологической переносимости и даже превышающих ее.

В основе такой перестройки, очевидно, лежат адаптивно-

гомеостатические реакции на алкоголь и сформировавшийся алкогольный динамический стереотип.

Удлинение периода опьянения довольно заметно. Если у умеренно или даже систематически пьющих опьянение в зависимости от количества алкоголя длится 4—6 ч, то у привычных пьяниц оно затягивается на 8, а то и на 12 ч. Это связано как с увеличением количества спиртных напитков, вызванным ростом толерантности, так и с изменением реактивности организма, что влечет за собой усложнение клинической картины опьянения.

Эйфоризирующий эффект спиртных напитков развивается быстрее и выражен интенсивнее. Эйфория как бы захлестывает человека, оглушает его. Вначале она сопровождается сужением сознания, периферийные раздражители отпадают и внимание концентрируется на одном или нескольких объектах. Восприятие последних становится более четким, контрастным. В дальнейшем острота восприятия несколько снижается.

Другая особенность эйфории у привычно пьющих связана с релаксацией, отключением от реального мира. В этом плане опьянение становится избавляющим, эскапистским (to escape — избавляться, облегчать). Опьяневший полностью раскрепощается, уходит от реальной жизни и погружается в нирвану. На данном этапе глубина состояния достигает рауш-эйфории, а по психологическому эффекту оно становится избавляющим.

Необходимо отметить, что не только углубляется эйфоризирующий эффект спиртных напитков, но и возрастает потребность в эйфории. У лиц с привычным пьянством для достижения зоны комфорта требуется значительно более глубокая эйфория. Более того, все, что не находится в зоне комфорта, сопряжено с дискомфортными ощущениями как не приносящее ожидаемого удовлетворения.

Здесь, видимо, важную роль играет экспектация — ожидание вполне определенного действия спиртных напитков, определенной глубины эйфории. Меньшие количества спиртных напитков, создавая менее глубокую эйфорию, обуславливают несоответствие между ожидаемым и действительным эффектом и порождают чувство неудовлетворенности (частичное удовлетворение потребности в алкоголе).

Эта особенность опьянения в рассматриваемой группе создает то, что можно назвать «погоней за эйфорией». Стремление немедленно получить максимальный эйфоризирующий эффект заставляет человека быстро поглощать значительные количества спиртных напитков, прибегать к ударным дозам для достижения необходимого состояния.

Наконец, последней особенностью опьянения является расщепление эйфорического и наркотического эффектов. Потребность в достижении определенного уровня эйфории велика. Человек пьет быстро, с небольшими интервалами. Максимальный эйфоризирующий эффект в этих условиях развивается уже

спустя 10—15 мин, хотя концентрация алкоголя в крови достигает максимума только через 60—90 мин. Возросшая потребность в алкоголе, в этот момент доминирующая, требует немедленного удовлетворения и определяет прием ударных доз алкоголя за короткое время. Несмотря на достижение комфортного состояния, опьянение продолжает углубляться и человека, что называется, «развозит».

Спустя 1½—2 ч без повторного приема алкоголя эйфория начинает снижаться, хотя внешние признаки опьянения остаются выраженными. В последующем эйфоризирующий эффект угасает. На убыль идет и клиническая картина опьянения. У лиц молодого возраста период опьянения может этим исчерпываться и не оставлять последствий.

У более старших людей (после 40 лет) при субкомпенсированных и декомпенсированных вариантах опьянения по миновании внешних проявлений возникают симптомы последствий, заключающиеся в активации адрено- и холинореактивных систем: суженные зрачки, сухость слизистых оболочек, жажда, обложенный язык, диспепсия, повышение мышечного тонуса, снижение работоспособности, сонливость, некоторое снижение настроения.

В ряде случаев между эйфорической фазой и периодом последствий могут проскальзывать отдельные дисфорические вкрапления со снижением настроения, чувством соматического и психического дискомфорта, раздражительностью. Однако обычно они кратковременны и нерезко выражены.

Исчезновение защитного рвотного рефлекса, хотя и описывают в клинике алкоголизма, никогда не рассматривают как патогномоничный для него симптом. Его скорее считают одним из показателей перестройки организма, адаптации к алкоголю и совершенно оправданно отводят ему место в структуре синдрома измененной реактивности.

По данным обследования, защитный рвотный рефлекс при передозировке у привычных пьяниц исчезал в 68% случаев. Это является еще одним свидетельством того, что угнетение защитного рвотного рефлекса нельзя рассматривать как признак, жестко сцепленный с заболеванием.

Мы обратили внимание на тесную связь рвотного рефлекса с феноменом насыщения. Тошнота и рвота у обследуемых возникали тогда, когда по каким-либо причинам употреблялось больше алкоголя, чем требовалось для насыщения: либо сразу большое количество спиртного, которое изначально превышало потребность и даже переносимость организма, либо выпивка продолжалась уже после насыщения, скажем, под давлением окружающих. Когда насыщение отодвигалось во времени, соответственно запаздывала и тошнотно-рвотная реакция. Если в процессе алкогольного эпизода насыщения вообще не наступало, то тошнотно-рвотная реакция никогда не возникала.

Нарушения сна, которые у систематически пьющих могли быть только отмечены, при привычном пьянстве выражены достаточно четко. В отличие от нарушений сна, описанных в клинике алкоголизма и сводящихся к агрипническим расстройствам различной интенсивности в структуре абстинентного синдрома, выявлены биполярные нарушения сна в обследуемой группе (определенная последовательность явлений агрипнии и гиперсомнии).

Первичным нарушением сна при пьянстве становится не агрипния, как принято считать, а гиперсомния. Обследуемые часто указывали на зависимость эффекта алкоголя от длительности сна. У них не было никакого соматопсихического дискомфорта и астении даже после больших количеств алкоголя, если им удавалось хорошо выспаться (сон на $1\frac{1}{2}$ —2 ч продолжительнее обычного). Когда сон продлить не удавалось (необходимость идти на работу), обследуемые отмечали в первой половине дня разбитость, снижение работоспособности. Длительность сна в последующую ночь обычно возрастала.

Другим феноменом было пробуждение по ночам. В легких случаях нарушения сна эпизодичны. После средних и больших количеств спиртного человек просыпается под утро (в 4—5 ч), вначале ненадолго. Такое пробуждение даже не всегда регистрируется. Неполное пробуждение амнезируется, его можно выявить при беседе с ближайшими родственниками. Часто обследуемые помнят ночные пробуждения, но не фиксируют на них внимания и не связывают их с предшествующим алкогольным эпизодом.

Длительно злоупотребляющие алкоголем начинают постоянно просыпаться по ночам, пробуждения становятся более четкими, на 10—20 мин. Они встают, курят, пьют воду и вновь засыпают. Вне приема алкоголя ночных пробуждений не бывает.

Отдельные люди могут просыпаться несколько раньше — в 2—3 ч. Период бодрствования в этих случаях также удлиняется ($1\frac{1}{2}$ —2 ч). Обследуемые пытаются вновь заснуть, однако это не всегда удается. Возникает феномен, который был назван «пунктирный сон». Человек с трудом засыпает, но через 15—20 мин вновь просыпается. Кратковременные засыпания и пробуждения повторяются до утра 5—10 раз. Пробуждения внезапные, часто со вздрагиванием. Настоящего сна, приносящего отдых, так и не наступает. Утром человек чувствует себя усталым, невыспавшимся, с трудом встает.

Нарушения сна во многом зависят от количества спиртного. При приеме максимальных количеств ночного просыпания либо может вообще не быть из-за мощного наркотического эффекта алкоголя, либо оно появляется позднее, фактически превращаясь в раннее пробуждение. Этим смещением ночного пробуждения под действием больших доз спиртного можно объяснить «отсутствие» нарушений сна у части опрошенных

лиц, а также у больных алкоголизмом на начальных стадиях заболевания.

Прием непривычно малых количеств алкоголя у ряда обследованных может сопровождаться полной бессонницей: сон либо вообще не наступает («невозможно заснуть»), либо наступает очень ненадолго (15—60 мин), сменяясь бессонницей.

Таким образом, нарушения сна у лиц с привычным пьянством разнообразны и биполярны (агриппия, гиперсомния). Они сводятся к ухудшению качества сна в состоянии опьянения и к удлинению времени сна (увеличению потребности в сне) после выпивки, ночным пробуждениям, в ряде случаев к возникновению «пунктирного» сна или полной бессонницы после выпивки с увеличением потребности в сне в следующую ночь.

Нарушения аппетита. Снижение аппетита во время приема спиртного вплоть до полной анорексии у больных алкоголизмом общеизвестно. У привычных пьяниц также может нарушаться аппетит. Как и нарушения сна, изменения аппетита биполярны — частичная анорексия сменяется булимией. Это удается отметить не только при беседе с самим обследуемым (он часто не фиксирует внимание на этом), но при контакте с родственниками. На следующий день после выпивки аппетит, как правило, усиливается. Чувство голода становится заметно интенсивнее и преследует привычных пьяниц целый день.

Защитные психологические механизмы при привычном пьянстве довольно разнообразны, достаточно выражены и выполняют важные охранительные функции.

Как и у систематически пьющих, в случаях привычного пьянства происходит дальнейшее расширение диапазона приемлемости, свидетельствующее об изменении алкогольных установок. Это игнорирование пьянства — неприятие учащения выпивок (вследствие расширения диапазона приемлемости). Замечания родственников или друзей о чрезмерности пьянства лица этой группы относят на счет неправильной оценки событий, утрированного беспокойства за их здоровье.

Четко выражена перцептивная оценочная деформация, в частности акцентировка. Человек переоценивает события в лучшую сторону, в первую очередь выраженность собственной алкоголизации, чем уменьшает или полностью исключает отрицательный эмоциональный компонент чрезмерного пьянства. Кроме того, он фиксирует внимание на пьянстве окружающих и преувеличивает его. У привычного пьяницы — все кругом пьяницы, кроме него самого.

Дальнейшее развитие претерпевает объяснительная система. Круг поводов для алкоголизации еще больше расширяется. Они начинают наслаиваться друг на друга, создавая концепцию экзквизитной ситуации (подробнее об этом см. в главе 11). Объяснительные системы глобального типа, трактующие пьянство как систему, не встречаются.

Для привычно пьющих характерно формирование противоположной реакции — человек продолжает пить, несмотря на всеобщее осуждение, сознательно противопоставляя себя окружающим (отрицательное усиление). Вначале поведение становится агрессивным только в состоянии опьянения, как реакция на осуждение окружающих. В последующем агрессия появляется и у трезвого, определяя стойкую установку на продолжение пьянства.

Все перечисленные механизмы играют защитную роль — они предохраняют личность от проникновения информации, способной дестабилизировать «я», снизить самооценку и самоуважение, позволяют сохранить привычный и приемлемый для личности модус поведения, не вводя его в конфликт с общепринятыми нормами, общественной моралью. В этом позитивное значение защитных механизмов. Однако, обеспечивая психологическую защиту, указанные механизмы затрудняют проникновение в сознание мысли о чрезмерности пьянства. Этим в значительной мере обуславливается отсутствие не только критики у большинства привычных пьяниц, но и каких-либо усилий, направленных на сокращение потребления спиртных напитков.

Изменения личности при привычном пьянстве никогда не рассматривались. Сам этот вопрос может вызвать возражения, поскольку привычное пьянство — донозологическая форма, еще не болезнь, в связи с чем трудно говорить об изменениях личности. Это действительно так, если изменения личности рассматривать с точки зрения психиатрической патологии. Стойких психопатологических нарушений в этот период выявить не удастся. Однако если говорить о личности в более широком плане, включая сохранность ее структуры, системы потребностей и мотивов, направленность деятельности, ценностную ориентацию, то привычное пьянство вносит выраженные стойкие изменения в эти параметры.

Выше уже говорилось о сущности изменений личности при бытовых формах пьянства. Они заключаются в деформации мотивационного поля развивающейся алкогольной потребностью. Механизм этого процесса заключается в снижении позитивного эмоционального компонента удовлетворения потребностей личности, его стирании мощными эмоциональными сдвигами алкогольной природы. Снижение позитивного эмоционального компонента при удовлетворении какой-либо потребности приводит к ее редукции. В связи с этим социально-позитивные установки, составляющие ядро личности, начинают оттесняться на задний план и редуцироваться; на первый план все больше выдвигается потребность в алкоголе. В жертву этой перестройке прежде всего приносятся высшие потребности, удовлетворение которых сложное, опосредованное (например, эстетические потребности). В последующем этот процесс захватывает практически все социально-позитивные потребности личности.

Эти изменения происходят медленно, постепенно. Поскольку эмоциональный компонент деятельности вообще мало осознается и в значительной части остается на подсознательном уровне [Бассин В. Ф., 1968; Бассин В. Ф., Рожнов В. Е., 1975], происходящие изменения личностью не фиксируются. Лишь со стороны можно заметить, что человек охладел к своей работе, перестал много читать, интересоваться окружающим, отошел от общественной жизни.

Это сопровождается изменением мотивационной сферы, связанным с преимущественным снижением побудительной силы мотивов, сужением круга интересов, сокращением разнообразия видов деятельности, снижением чувства удовлетворения при реализации потребностей, а также частичным нарушением процессов смыслообразования — неустойчивостью мотивационной сферы, рядоположенностью мотивационных факторов.

Таким образом, выделение понятия «преалкоголизм» методологически обоснованно. Ассоциативный принцип диагностики алкоголизма оправдывает выделение ряда симптомов на донозологическом уровне. Наиболее адекватна преалкоголизму форма злоупотребления спиртными напитками, описываемая в рамках привычного пьянства, включающая как продромальные стадии заболевания, закономерно переходящие в болезнь, так и крайние варианты нормы без тенденции к дальнейшему развитию.

ГЛАВА 22

ГРАНИЦЫ ПРИВЫЧНЫХ ФОРМ ПЬЯНСТВА. КРИТЕРИИ БОЛЕЗНИ

Алкоголизм как самостоятельное заболевание выделен еще в начале прошлого века, но до сих пор оспариваются и границы заболевания, и его нозологическая самостоятельность.

Диапазон взглядов крайне широк — от признания любой формы потребления алкоголя болезнью до полного исключения алкоголизма из области патологии. Одни авторы считают, что сегодняшние знания в наркологии ограничены узким кругом конечных состояний, и дальнейшее развитие наркологии должно идти по пути выявления более тонких расстройств, особенно неврологических, соматических, токсикологических, вплоть до постановки вопроса об отнесении алкоголизма к психиатрическим расстройствам [Пятницкая И. Н., 1974]. Другие, наоборот, высказываются о сужении рамок заболевания, считая неправомерным включать в него ряд проявлений пьянства, в частности его социальные аспекты [Зеневич Г. В., 1960].

Определение границ патологии, отграничение болезненных явлений от неболезненных важны не только в чисто теорети-

ческом плане. Без знания границ заболевания невозможно установить его распространенность, а следовательно, и планировать объем медицинской помощи. Этот вопрос особенно важен для наркологии, где диагностика заболевания влечет за собой не только медицинские, но и социальные мероприятия.

Основным критерием определения болезни в наркологии, как это было показано выше, является симптоматический критерий. Одним из основных аргументов, выдвигаемых против симптоматического подхода в определении болезни, является смещение границ заболевания по мере накопления клинических данных и совершенствования методов диагностики. Так, в последние 150 лет с периода выделения алкоголизма в самостоятельное заболевание наблюдается четкая тенденция к расширению границ заболевания.

Бриль-Краммер (1819), одним из первых описавший заболевание, считал алкоголиком того, у кого «употребление спиртных напитков становится необходимостью, объясняемой желанием оных». При этом потребность должна быть сильно выражена и приводить к ритмически повторяющемуся запоям, часто с депрессивным продромом. Это определение применимо к узкому кругу дипсоманов и больных с так называемыми истинными запоями.

Границы заболеваний несколько расширил М. Гусс (1852), разработавший биологическую концепцию алкоголизма («алкоголизм — заболевание, которое без какой-либо связи с органическими изменениями в нервной системе приобрело хроническую форму у лиц, принимающих длительное время большое количество бренди»). Это определение соответствует III стадии заболевания. Описаниями исходных форм практически исчерпывается клиника алкоголизма в руководствах Крафта-Эбинга (1897), С. С. Корсакова (1901).

С. Г. Жислин (1935), выделив алкогольный абстинентный синдром, включил в число болезненных симптомов различные проявления похмелья.

Детальная разработка клинических аспектов пьянства сопровождалась дальнейшим расширением границ заболевания, распространением понятия «болезнь» не только на органические (биологические), но и на множество функциональных расстройств [Стрельчук И. В., 1966].

В последующем было показано, что ряд симптомов, свидетельствующих о пристрастии к алкоголю, можно проследить еще до возникновения похмельного синдрома и запоев. Их разработка привела к выделению того этапа, который сейчас относят к I стадии, что еще больше раздвинуло рамки заболевания. В отечественной литературе [Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1972] основным критерием развития заболевания предлагают считать алкогольный наркоманический синдром, состоящий из симптомов измененной реактивности (изменение толерантности к алкоголю, формы потребления спиртных на-

питков, характера опьянения), психической и физической зависимости (влечение к алкоголю, утрата количественного и ситуационного контроля, абстинентный синдром). Приблизительно такие же границы намечает определение, принятое ВОЗ (1955). В соответствии с этим легко объяснить рост болезненности населения. Если в 20—30-х годах нашего века распространенность алкоголизма в ведущих странах Западной Европы и Америки (Германия, Швеция, Дания, Финляндия, США) составляла 0,2—0,4 на 1000 населения, то в 60-х годах этот показатель возрос до 5—10 [Дмитриев Б. И., 1965; Морозов Г. В., Качаев А. К., 1971; Качаев А. К., 1973]. Постоянный рост заболеваемости и болезненности населения алкоголизмом вряд ли можно объяснить только лучшим выявлением, поскольку синхронно растут и цифры заболеваемости и болезненности, полученные при эпидемиологических обследованиях.

Аналогичная ситуация сложилась не только в наркологии, но и в ряде других медицинских дисциплин. Например, применение щелевой лампы для обследования больных катарактой показало, что помутнение хрусталика можно выявить практически у каждого человека старше 50 лет, только оно различной интенсивности [Шмелева В. В., 1981]. Введение новых методов исследования не только изменило границы заболевания, но и потребовало поиска иных диагностических критериев.

То же происходит и со злокачественными новообразованиями. А. А. Гукасян (1972) отмечает возрастание числа больных раком легкого, что связано с улучшением диагностики новыми инструментальными методами (бронхоскопия, бронхография, томография).

Завтра могут появиться еще более совершенные методы диагностики для еще более ранних стадий заболеваний, и число выявленных больных снова увеличится. Так будет без конца по крайней мере до тех пор, пока не появится возможность обнаруживать клетки, предрасположенные к канцерогенезу, а такие клетки есть у каждого человека.

Каковы пределы расширения нозологических рамок и есть ли они вообще? Не будет ли этот процесс продолжаться бесконечно? Есть серьезные основания полагать, что дело обстоит именно так.

В последнее время начали появляться работы, указывающие на возникновение отдельных патологических симптомов еще до формирования заболевания.

Попытку выделить донозологическую фазу болезни предпринял еще Е. Jellinek (1970), когда он описал переход бытового пьянства в алкоголизм. В описанных им позднее 5 формах алкоголизма первая (альфа) не расценивается как заболевание и считается преคลินิกической.

Комитет экспертов ВОЗ (1954) выделяет 4 фазы развития алкоголизма, 2 из которых можно отнести к доболезненным. Это доалкогольная симптоматическая фаза с ростом толерант-

ности, когда потребление спиртных напитков остается социально мотивированным, но в отличие от нормально пьющих будущий алкоголик ощущает более выраженное облегчение, и продромальная фаза, началом которой служит появление алкогольных палимпсестов. С алкогольных палимпсестов, а иногда до них возникает привычное пьянство, ощущается потребность в алкоголе (постоянное влечение, тенденция к скрытому пьянству).

И. В. Стрельчук (1980) выделил преklinическую форму болезни, которую он назвал «предболезнью». В. М. Баншиков, Ц. П. Короленко и А. В. Драгун (1980) описали этап повышенного риска возникновения заболевания с психоэмоциональным напряжением, неадекватными реакциями на фрустрацию. Они назвали его «донозологическим этапом».

И. Н. Пятницкая, В. И. Иванов (1980) сформулировали понятие о продроме алкоголизма с попытками ограничить злоупотребление, появлением дисхроноза — нарушением ритмов сна и бодрствования, настроения, трудоспособности.

Несколько ранее таких потребителей алкоголя описали Ю. П. Лисицын, Н. Я. Копыт (1976) и Г. М. Энтин (1979), предложившие термин «привычное пьянство».

Особенностью симптоматического подхода в наркологии является его преимущественно клинико-биологическое направление. Социальные критерии (социальная дезадаптация) считают дополнительными. В последнее время в западных странах стали отказываться от узко клинического подхода и ориентироваться исключительно на социальные критерии. Основой социального подхода является концепция нормы как определенного уровня потребления спиртных напитков, когда поведенческие реакции адекватны. Выход за рамки этой нормы рассматривается как отклонение [Beiley M. B., 1964; Edwards G. et al., 1972; Room R., Roizen R., 1973, и др.].

Сходная точка зрения отражена в «Докладе исследовательской группы ВОЗ по критериям идентификации нарушений, связанных с проблемами алкоголя» (1978): «Вопрос о том, в каких случаях тот или иной симптом следует считать заболеванием, в значительной степени определяется социальными соображениями и должен соответствовать культурным интересам и традициям общества».

Однако использование социального критерия совсем не облегчает диагностику заболевания, а только переносит указанные трудности в другую сферу. По-прежнему неясно, что называть отклонением. Если под отклонением понимать те действия, которые большинством членов общества квалифицируются как таковые (как это предлагают авторы), то ни одно действие нельзя считать отклонением без его оценки обществом. Становится важным не то, почему действия некоторых людей отклоняются от нормы, а то, почему эти поступки другие люди считают отклонением [Vorden P., Jackson D. N.,

King G. A., 1969]. Это делает диагностику чисто социальным актом и ставит его в зависимость от уровня алкоголизации общества. Чем больше пьянство соответствует особенностям культуры, т. е. чем меньше оно вступает с ней в противоречие, тем меньше поведение алкоголика будет интерпретироваться членами общества как аномальное. В некоторых странах (например, в Австралии — M. J. Sargent, 1968) и социальных группах даже грубые формы пьянства часто приемлются как норма, что затрудняет выявление заболевания. Тем не менее такие критерии широко используются, поскольку они соответствуют определению алкоголизма как урона, наносимого себе и окружающим [Murray R. M., 1978].

Мы хотим обратить внимание на то обстоятельство, что объектом исследования во всех случаях выступал больной алкоголизмом, поэтому границы заболевания определялись, так сказать, «изнутри», от патологии к норме. Изучение бытовых форм употребления спиртных напитков и злоупотребления ими, особенно при привычном пьянстве, непосредственно примыкающем к алкоголизму, дает возможность уточнить границы заболевания, рассматривая вопрос от нормы к патологии. Это позволяет не только конкретизировать рамки заболевания, но и проследить генез симптомов.

При описании привычно пьющих мы выделили ряд феноменов, углубление которых в последующем приводит к формированию основных симптомов заболевания. Попробуем наметить грань между привычным пьянством (доболезненный этап) и алкоголизмом.

Симптом желательности алкоголизации («сосредоточенность на выпивке», по терминологии западных авторов) заключается в фиксации на выпивке. Мысли об алкоголе занимают незаконно большое место в психической деятельности. Что бы человек ни делал, все напоминает ему о выпивке и рождает мысли о ее желательности (встреча приятеля, день рождения сослуживца, получение зарплаты, просто наличие свободного времени и денег). Человек все чаще видит в воображении картины, связанные с выпивкой. Особое место занимает подготовка к алкогольному эпизоду — она производится тщательно, «с любовью», с употреблением уменьшительных и ласкательных слов. Уже в период подготовки можно заметить оживление моторики, некоторое возбуждение, блеск в глазах, повышение настроения. В выраженных случаях состояние может напоминать опьянение.

Симптом становится патологическим, когда мысли о желательности алкоголизации делаются навязчивыми и не могут быть устранены из сознания, подавлены личностью. Указанная трансформация означает переход симптома желательности алкоголизации, характерного для привычного пьянства, в навязчивое влечение к алкоголю, свойственное начальной стадии алкоголизма.

Запаздывание феномена насыщения. Как уже было показано, прием спиртных напитков, даже в рамках бытового пьянства, определяется потребностью в алкоголе. При бытовых формах пьянства ее удовлетворяют в рамках социально декретируемого поведения, т. е. в пределах групповых норм. На удовлетворение потребности в алкоголе указывает феномен насыщения — исчезновение желания продолжать пить и соответственно отказ от дальнейшего потребления спиртных напитков. Усиление пьянства сопровождается запаздыванием феномена насыщения, он возникает от более значительных количеств спиртного. Запаздывание может быть столь значительным, что уходит за пределы биологической переносимости алкоголя. В этом случае полное насыщение наступает только от количеств алкоголя, вызывающих выраженное и глубокое опьянение, иногда близкое к коме.

Снижение способности к градуальным реакциям и переход на реакцию типа «все или ничего» тесно связаны с запаздыванием насыщения. Суть в том, что количество алкоголя обязательно должно быть достаточным для полного удовлетворения потребности в нем. Потребление меньших количеств становится затруднительным, а позже невозможным, поскольку опьянение при этом теряет эйфорический компонент и переходит в дисфорию. Утрата способности к градуальным реакциям также должна рассматриваться как симптом, свидетельствующий о возникновении заболевания.

Затруднения при отказе от выпивки чаще всего проявляются в двух ситуациях — трудность отказаться от выпивки при угощении и трудность отказаться от выпивки при уже начавшейся подготовке к ней. В первом случае, если человек случайно попадает в компанию, где выпивают и угощают, он откладывает все дневные планы ради участия в алкогольном эпизоде. Вероятно, представления об опьянении, пробуждаемые в этот момент, столь живы, красочны и заманчивы, что, каковы бы ни были планы, они меняются в соответствии с возникшей ситуацией. Это определяет постоянную готовность к участию в выпивке, к опьянению.

Особенно четко этот симптом проявляется при необходимости свернуть уже начавшуюся выпивку. Всякое изменение ситуации воспринимается трагично. Подавить возникшее желание очень трудно, это сопровождается чувством неудовлетворенности, снижением настроения, соматопсихическим дискомфортом. Человек прилагает определенные, часто значительные усилия для продолжения начатой деятельности — меняет место выпивки, состав группы, придумываются поводы для отсутствия на рабочем месте.

Границей заболевания нужно считать момент, когда эти трудности становятся непреодолимыми для личности, т. е. когда затруднения при отказе от выпивки превращаются в невозможность отказаться, а начавшиеся приготовления обя-

зательно доводятся до конца в любой ситуации, т. е. они переходят в симптом утраты ситуационного контроля.

Алкогольная потребность. Уже указывалось на то, что появление алкогольной потребности нельзя рассматривать как критерий заболевания. Возможность удовлетворения в рамках социально декретируемого поведения определяет ее непатологический характер. Она становится патологической тогда, когда ее удовлетворение возможно только при выходе за пределы групповых алкогольных норм.

Такие симптомы, как нарушение сна, аппетита, исчезновение защитного рвотного рефлекса, появление психологических защитных механизмов, не могут рассматриваться в качестве решающих диагностических критериев, поскольку достаточно часто встречаются и при бытовых формах пьянства. Значительные индивидуальные колебания снижают диагностическую ценность и такого симптома, как рост толерантности.

Теперь уточним, обязательно ли присутствие всех симптомов для диагностики алкоголизма или достаточно одного из них. Этот вопрос связан с диагностической ценностью симптома. В отличие от многих других заболеваний, где можно выделить «осевой» симптом, диагностика алкоголизма четко основана на ассоциативном принципе — диагноз ставится на основании не одного, а совокупности симптомов. Так, Е. Jellinek (1952) приводит перечень симптомов, используемых для диагностики. В последующем этот перечень стал расширяться до угрожающих размеров. Как справедливо замечает М. Malford (1968), даже использование критериев, предложенных Е. Jellinek, связано с опасностью исключения из числа больных алкоголизмом практически всех случаев. Относительность диагностической ценности отдельно взятых симптомов отмечали и многие отечественные авторы [Стрельчук И. В., 1966; Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1972; Ураков И. Г., Куликов В. В., 1977].

Так, присутствие одного симптома еще не позволяет поставить диагноз, а все не обязательно наблюдаются даже в далеко зашедших случаях. В связи с этим внимание исследователей обратилось на вычленение дисассоциативных критериев. В настоящее время таковыми считаются симптомы зависимости и утраты контроля.

Изучение бытовых форм пьянства позволяет считать границей заболевания момент трансформации группы основных симптомов: симптома желательности алкоголизации — в обсессивное влечение, запаздывание феномена насыщения — в утрату количественного контроля, затруднения при отказе от выпивки — в утрату ситуационного контроля. Возникновение не одного любого из названных, а всех трех симптомов должно рассматриваться как болезнь и давать основание для диагностики алкоголизма.

Все же было бы неправильным считать, что проведенное

уточнение границ заболевания дает кардинальное решение вопроса. Расплывчатость границ между бытовыми формами пьянства и алкоголизмом не только следствие недостаточной клинической разработки этого вопроса, но и в какой-то мере объективное явление, отражающее постепенный переход от условной нормы к патологии. Болезнь есть категориальное понятие и в этом смысле — абстракция, а реальность — конкретные больные люди и конкретные болезни. Всякое обобщение выступает как конвенциональный прием, зависящий от определенных изначальных установок, и в этом плане условно. В связи с этим условна и всякая группировка алкоголизма, зависящая от конкретных медико-социальных условий.

Алкогольные нарушения представляют собой континуум, выстроенный в порядке усиления расстройств. Эволюционный характер процесса исключает качественный скачок и не дает точных дифференциально-диагностических критериев. Мы можем только с различной достоверностью приближаться к описанию границ заболевания. Следовательно, у какой-то клинической группы симптоматика будет выражена нечетко и вызовет затруднения в диагностике.

Например, практическому врачу трудно поставить диагноз у лиц, имеющих один или несколько симптомов заболевания (рост устойчивости к спиртным напиткам, угнетение защитного рвотного рефлекса, утрата количественного контроля) при хорошей социально-трудовой адаптации, успешном выполнении служебных обязанностей и даже продвижении по службе. Человек может сохранять такой статус долго — годами и десятилетиями как жизненный стиль [Right E. R., Hecker A. O., 1974].

Следовательно, толкование начала болезни как момента появления симптомов заболевания ненадежно и даже опасно. Неоправданно широкое использование симптоматического подхода с неограниченным расширением границ заболевания приводит к выявлению не самой болезни, а только угрозы ее развития.

Более плодотворен, на наш взгляд, не симптоматический, а функциональный подход к определению границ заболевания. Этот подход разрабатывается рядом отечественных ученых [Царегородцев Г. И., Петров С. В., 1965; Давыдовский И. В., Сильвестров В. Е., 1966; Давыдовский И. В., 1969; Авцын А. П., 1969; Ахмеджанов М. Ю., Лившиц А. М., 1971; Ахмеджанов М. Ю., 1973] и сводится к следующему. Диапазон разнообразных изменений в организме, характеризующих превращение абстрактной возможности заболевания в реальную, а также повышение вероятности заболевания, довольно велик. Однако есть одна общая черта, свойственная всем состояниям, входящим в этот круг: они не приводят в данное время к утрате способности выполнять те или иные функции. Это обстоятельство позволяет определять норму как состояние

организма, при котором он способен полноценно выполнять свои функции [Степанов А. Д., 1975], а болезнь — как утрату этой способности.

Исходя из этого определения, об алкоголизме как о заболевании можно говорить тогда, когда злоупотребление спиртными напитками привело к утрате тех или иных функций человека.

Поскольку человек есть одновременно существо и биологическое, и социальное, то, кроме нарушений чисто биологических функций, могут нарушаться функции общественные. В связи с этим встает вопрос о том: кто должен определить нарушение функции — индивид или общество? В интернистской практике этот вопрос решается однозначно в пользу индивида. Используя самоперцепцию, человек сам определяет свое состояние и способность выполнять те или иные функции. Иное дело алкоголизм. Здесь ощутимую коррекцию вносят психологические защитные механизмы, о которых говорилось выше.

Эти изменения регистрируются как при самооценке (понимание личностью своего состояния как болезненного), так и при оценке состояния человека окружающими.

Защитные психологические построения предохраняют личность от конфликта при выходе пьянства из диапазона приемлемости. Они позволяют поддерживать достаточно высокую алкоголизацию без ее восприятия не только как болезненного, но и даже как аномального явления. Самоперцепция «работает» только в далеко зашедших случаях алкоголизма. Более адекватна перцепция — отнесение пьянства индивида к болезненному другими людьми. Она начинает действовать при выходе пьянства за пределы групповых норм, нарушающем интерперсональные отношения и адекватное функционирование человека в обществе.

Соответственно выдвинутым критериям функционального подхода на социально-психологическом уровне патологически должны быть признаны изменения, нарушающие функционирование человека как социального существа.

Групповой опыт формирует представление о норме конкретного слоя общества, коллектива, определяя его отношение к различным проявлениям пьянства, терпимость и амплитуду возможных вариаций поведения. Этими же факторами будет определяться понятие данной социальной группы о болезни. Интенсивность давления группы на индивида в значительной мере определяется этими факторами. На биологическом уровне это соматические расстройства, которые либо самой личностью воспринимаются как болезненные, либо лишают ее способности полноценно функционировать (чаще в связи со снижением трудоспособности). Такие феномены появляются в основном с формированием алкогольного абстинентного синдрома.

При функциональном подходе основная роль в ранней диа-

гностике заболевания отводится не индивиду (ухудшение самочувствия, утрата трудоспособности), а обществу, так как злоупотребление спиртными напитками в первую очередь приводит к изменению поведения человека (нарушение ролевых норм и интерперсональных отношений).

Функциональный подход к определению границ заболевания освобождает от фатальности симптоматического подхода. Появление симптома не равнозначно появлению заболевания. Выраженность симптома должна быть достаточной для нарушения функций организма.

Функциональный подход, хотя и выдвигает иные критерии диагностики заболевания, избавляющие от безграничности нозологических рамок, тоже не обеспечивает жесткого фиксирования момента начала заболевания. Он ставит начало заболевания в зависимость от таких факторов, как отношение населения к пьянству, интенсивность алкоголизации данной социальной группы, алкогольные обычаи и привычки, которые будут различными в зависимости от требований общества к отдельным его членам, от выполняемой ими социальной роли.

Так, легкие соматовегетативные расстройства в постинтоксикационном периоде могут существенно не сказываться на трудоспособности разнорабочего, но чреваты тяжелыми последствиями, а поэтому недопустимы у диспетчера, водителя, пилота. Более ранние нарушения профессиональных функций дают основание для ранней диагностики у данной группы лиц, а следовательно, о смещении для них рамок заболевания.

Фактически все так и происходит. В большинстве случаев дезадаптация лиц, занятых квалифицированным трудом, происходит значительно раньше, чем лиц неквалифицированного труда. Здесь функциональный подход есть лишь попытка облечь в научную форму так называемый здравый смысл.

Таким образом, функциональный подход также допускает колебания границ заболевания, но они уже не будут зависеть от успехов науки, а скорее начнут отражать исторически сложившиеся особенности данной социальной группы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**Факторы, определяющие начало употребления
спиртных напитков, интенсификацию пьянства
и его обратное развитие**

**Механизмы перехода привычного пьянства в алкоголизм.
Прогноз вероятности заболевания**

Почему же люди употребляют спиртные напитки? Почему начинают злоупотреблять ими? Почему у некоторых развивается заболевание, называемое алкоголизмом?

Этой книгой мы попытались дать ответ на поставленные вопросы. Все сказанное выше с различных сторон подводит нас к пониманию причин употребления спиртных напитков и столь широкого распространения этой привычки. Обобщение изложенного неизбежно потребует некоторого повторения, но важность проблемы оправдывает это.

В общей схеме развития бытовых форм потребления спиртных напитков и злоупотребления ими, вероятно, нужно начать с причин первого употребления алкоголя.

Итак, почему человек впервые пробует спиртное?

Выше мы уже упоминали о том, что алкоголь выполняет определенные социально-психологические функции. Эти функции достаточно универсальны.

Основным и наиболее универсальным свойством алкоголя является его способность усиливать позитивные эмоциональные переживания, связанные с удовлетворением личностных потребностей, создавая иллюзию их наиболее полного удовлетворения. Этому соответствует описанный нами эффект обусловливания. Эйфоризирующий эффект спиртных напитков, наслаиваясь на позитивный эмоциональный радикал, возникающий при удовлетворении потребности, усиливает его. Это дает ложное ощущение более успешной деятельности, более полного достижения цели. Таким образом, алкоголь выступает как фактор субъективной оптимизации деятельности.

Ставаясь одним из условий общения людей, алкоголь связывается с различными сторонами жизни народа, внедряется в его обычаи и ритуалы.

Потребность в обмене чувствами, мыслями, вызванная самой общественной природой человека, рождает определенные формы общения. Эти формы, будучи раз найденными, прочно утверждаются в жизни как обрядовая сторона какого-либо события. В дальнейшем она выполняет роль своего рода готового русла для внешнего выражения переживаний, избавляя от необходимости каждый раз искать новые формы.

Обычаи и традиции — это формы передачи новым поколениям способов реализации отношений, сложившихся в жизни данного общества. По инерции, по относительной самостоятельности обычаи и традиции значительно превосходят другие социальные явления.

Формой воспроизведения способов употребления алкоголя выступают обычаи, т. е. именно та организация общественного поведения, которая сопровождается потреблением спиртных напитков. В основе всякого обычая, если говорить о его психологическом содержании, лежит групповая установка, сформированная на основе опыта предшествующих поколений.

Обычаи и традиции в свою очередь формируют групповые нормы. Групповая норма — сложившаяся в группе система требований, определяющая поведение ее членов. В групповых нормах фиксируются основные моменты совместной деятельности, цели, средства, предмет, процесс и продукт деятельности: они определяют взаимные права и обязанности, образцы поведения и границы возможных вариаций, а также содержание и допустимые пределы санкций, применяемых к лицам, чье поведение отклоняется от общепринятого. Групповые нормы определяют границы, в пределах которых поведение индивида считается обычным, общепринятым. Выход за пределы групповых норм в сторону как увеличения потребления спиртных напитков, так и его снижения будет сопровождаться определенной реакцией группы в виде давления на индивида, осуждения его действий (санкции), целью которых является возвращение индивида в рамки социально одобряемого поведения.

Таким образом, на социально-психологическом уровне факторы, определяющие интенсивность алкоголизации, существуют в виде алкогольных обычаев и санкций (рис. 15).

Алкогольные обычаи определяют границы социально декретируемых форм потребления спиртных напитков. Внутри обозначенных границ употребление алкоголя совершается свободно и не влечет за собой неодобрения группы. Алкогольные обычаи регламентируют не столько количество принимаемых спиртных напитков, хотя на этот счет также имеются определенные представления, сколько поведение в состоянии опьянения.

Алкогольные обычаи регламентируют формы потребления алкоголя. Они определяют, когда, где, с кем и как должны употребляться спиртные напитки.

Санкции — это формы давления общества на индивида, которые используются при выходе алкоголизации за рамки групповых норм. Санкции бывают формальные и неформальные. Формальные санкции — это законодательно оформленные способы борьбы государства со злоупотреблением спиртными напитками. Неформальные санкции — морально-этические факторы давления общества на индивида. И в том, и в другом случае санкции направлены на коррекцию алкоголизации ин-

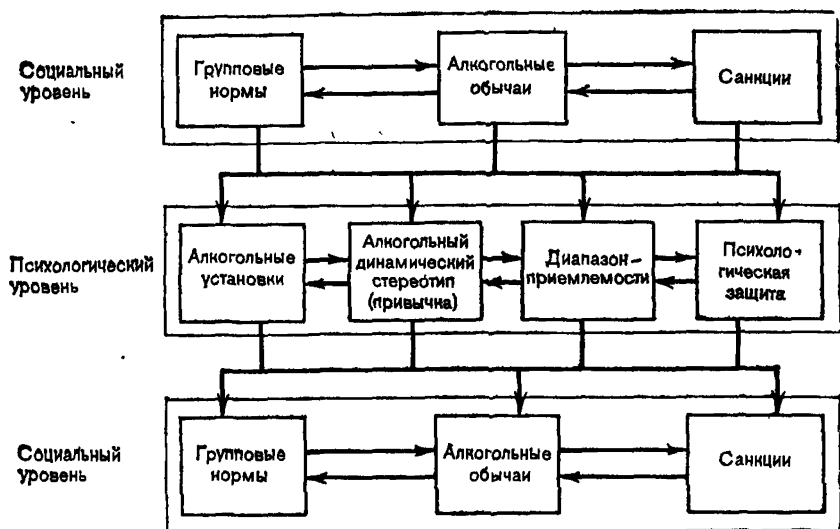


Рис. 15. Механизм воспроизводства форм употребления алкоголя.

дива и ее возвращение в рамки нормы. Формальные санкции предусматриваются только в случаях злоупотребления, неформальные — во всех случаях выхода за рамки алкогольных норм. Применение санкций порождает социально-психологические проблемы.

Будучи консервативными, групповые нормы, алкогольные обычаи и санкции склонны к самовоспроизводству в следующих поколениях. Это воспроизводство осуществляется посредством процессов социализации — усвоения последующими поколениями системы знаний, норм и ценностей, накопленных предыдущими поколениями. Частью этого процесса становится усвоение личностью принятого в данной социальной группе отношения к спиртным напиткам, алкогольным обычаям и привычкам. В процессе социализации социальные факторы, связанные с употреблением спиртных напитков, преломляясь личностью, формируют также ряд специфических норм — алкогольные установки (диапазон приемлемости), алкогольные привычки и психологическую защиту.

Процесс социализации осуществляется в два этапа — инкорпорирование (усвоение) индивидом всей совокупности культурных ценностей (интериоризация), их внутренняя переработка, формирование своей, свойственной данной личности системы ценностей, и «отдача» усвоенных социальных форм обществу (экстериоризация).

Усвоение ребенком и подростком алкогольных обычаев сопровождается формированием у него первичных алкогольных установок. Алкогольные установки — это отношение человека к спиртным напиткам, к алкогольным обычаям, различным проявлениям пьянства, а также к поведению в соответствующих ситуациях. Выделяются первичные и вторичные алкогольные

установки. Чисто алкогольную часть — усвоение норм «алкогольной» морали — невозможно отделить от общего процесса социализации индивида, формирования индивидуального сознания. Этот процесс начинается довольно рано — уже у 3—5-летних детей можно обнаружить элементы усвоения алкогольных обычаев. Особенно бурно этот процесс протекает у подростков.

Первичные алкогольные установки — это отношение человека к спиртным напиткам до начала их употребления, т. е. до появления личного опыта. Они, как и установки вообще, определяют вероятность того или иного поведения в определенной ситуации. Первичные алкогольные установки, с одной стороны, зависят от групповых норм микросреды, от обычаев и привычек, которые приняты в данной группе, с другой — от особенностей личности и в первую очередь системы ее отношений с ближайшим окружением, определяющей процессы интернализации. В формировании этих установок, несомненно, играет роль соответствующая ориентация личности (референтная группа, субъект подражания), а также система ценностей и престижа.

Отношение индивида к спиртным напиткам реализуется сразу в нескольких установках. В одних потребление алкоголя выполняет функцию приобщения, например, принятие формы потребления спиртных напитков группы как знак принятия самой группы, референтная ориентация; в других случаях потребление алкоголя служит условием реализации других важных для личности потребностей, например потребности в общении; в третьих алкоголь употребляют для коррекции психического состояния, например устранения застенчивости, преодоления страха или снижения напряжения. Довольно часто человек впервые пробует спиртное из любопытства, желания вкушать «запретный плод».

Уже первые алкогольные эпизоды приносят индивиду личные впечатления. На их основе полученные ранее знания уточняются, конкретизируются, выявляются различные стороны действия алкоголя. Это в свою очередь приводит к трансформации алкогольных установок (вторичные алкогольные установки).

Повторные выпивки определяют эйфоризирующее действие спиртных напитков. Появляясь у большинства людей на первых этапах алкоголизации, эйфоризирующий эффект в последующем возрастает. Возможность получения позитивных эмоций облегчает возникновение повторных эпизодов. Эйфория — обязательный компонент закрепления алкогольной привычки. Она выступает безусловным подкреплением, обуславливающим динамику бытового пьянства. Если выпивка не сопровождается эйфорией, как иногда бывает при индивидуальной непереносимости, то повторные приемы алкоголя совершаются с затруднением.

Таким образом, первые эпизоды употребления спиртных

напитков имеют два важных следствия. Во-первых, путем проб и ошибок происходит личное знакомство со спиртными напитками, определяются их различные стороны (коррекция установки), во-вторых, опьянение дает информацию об эйфоризирующем действии алкоголя. Это становится основным фактором дальнейшего развития бытового пьянства.

В последующем, по мере повторения выпивок, алкогольное действие фиксируется и в своем завершенном виде формирует алкогольный стереотип поведения (привычку). В основе алкогольного стереотипа поведения лежат вторичные, скорректированные на основании личного опыта алкогольные установки.

Алкогольный стереотип поведения по форме — привычка, а по нейрофизиологической основе — динамический стереотип, т. е. форма целостной деятельности полушарий большого мозга, выражением которой является зафиксированный порядок условнорефлекторных действий человека.

Другим психологическим фактором, регулирующим прием спиртного, является описанный выше диапазон приемлемости. Это рамки возможных вариантов алкоголизации и те формы поведения в состоянии опьянения, которые еще приемлются личностью, границы дозволенного в приеме алкоголя. Диапазон приемлемости — индивидуально-психологическая категория, она отражает групповые нормы.

Форма и интенсивность алкоголизации не всегда соответствуют диапазону приемлемости. Это может быть связано как со случайными факторами — превышение количества алкоголя вследствие неопытности или снижением толерантности при утомлении, болезни, так и с факторами, действие которых вполне закономерно (например, быстрый рост эйфоризирующего эффекта).

Выход алкоголизации за пределы алкогольных обычаев порождает санкции (либо неформальные в виде осуждения окружающих, либо формальные, связанные с различными дисциплинарными и административными мерами), выход алкоголизации из диапазона приемлемости сопровождается возникновением личностного конфликта. Действие обоих факторов — личностного конфликта и санкций — направлено на коррекцию алкоголизации и возвращение в первом случае в диапазон приемлемости, во втором — в пределы алкогольных обычаев. Эта коррекция довольно легко осуществляется при случайных передозировках. Если злоупотребление спиртными напитками является закономерным результатом действия определенных факторов, то коррекция алкоголизации может быть затруднена и сопряжена с определенными, часто значительными усилиями. В этом случае возможно сохранение прежнего модуса функционирования с привлечением психологических защитных построений.

При злоупотреблении спиртными напитками действие психологической защиты построено в основном на искажении в

канале восприятия (точнее, переработки информации) и рационализации. Для того чтобы воспринимаемая информация не вызвала личностного конфликта, она должна точно соответствовать представлению личности о себе. Если информация не соответствует этому представлению, то она может быть несколько приукрашена, изменена в лучшую сторону, чтобы не наносить травму. Для этого используется ряд приемов — игнорирование случаев пьянства, сдвиг акцентов, перцептивная оценочная деформация и т. д. Если, несмотря на такой камуфляж, информация все еще способна порождать внутренний конфликт, то включаются механизмы рационализации — каждый эксцесс, выходящий из диапазона приемлемости, как-то объясняется. В качестве аргумента выдвигается повод. Так формируется объяснительная система, основу которой составляет защитный мотив — подмена реальной цели «версией», необходимой для сохранения требуемого образа действия, рисунка поведения.

С включением психологических защитных механизмов личность уже может вернуть в рамки приемлемости те формы алкоголизации, которые ранее выходили из них. Это фактически равнозначно расширению диапазона приемлемости.

Здесь уместно коснуться взаимодействия таких понятий, какими являются групповые нормы и диапазон приемлемости. Групповые нормы — понятие социально-психологическое, выход из них порождает санкции (формальные и неформальные). Диапазон приемлемости — понятие индивидуально-психологическое, и выход из него обуславливает личностный конфликт. Оба понятия тесно между собой связаны, но существуют на разных уровнях и могут не соответствовать друг другу. Если диапазон приемлемости значительно уже групповых норм, то личностный конфликт (укоры совести, раскаяние) возможен при алкоголизации, «безобидной» с точки зрения окружающих. Когда диапазон приемлемости шире групповых норм, алкоголизация индивида вызывает осуждение окружающих, но личностного конфликта не будет. Это и бывает при включении психологических защитных механизмов. Можно сколько угодно доказывать человеку, что он пьет чрезмерно, но это «не дойдет» до него, поскольку он «в ладу с самим собой».

Таким образом, началу употребления спиртных напитков и формированию алкогольной привычки способствуют алкогольные установки, алкогольные обычаи и привычки, определенная референтная ориентация, самоутверждение через алкоголь, эйфоризирующий эффект спиртных напитков, алкогольный стереотип поведения (привычка), психологические защитные механизмы личности.

Если бы действовали только описанные выше механизмы, то проблема выглядела бы весьма пессимистично. Однако механизмам усиления алкоголизации противостоят механизмы ее ограничения. Это феномен насыщения, личностный конфликт,

установочная коррекция, алкогольные обычаи, а также санкции, возникающие при выходе пьянства за пределы приемлемости и групповых алкогольных норм, и, конечно, снижение эйфоризирующего эффекта алкоголя.

Феномен насыщения, свидетельствуя об алкогольной потребности, указывает на ее полное удовлетворение. Он появляется уже в случаях умеренного употребления спиртных напитков и наиболее полно выражен при систематическом и привычном пьянстве. «Алкогольная потребность» может удовлетворяться как в рамках социально декретированных форм пьянства (групповых норм), так и вне их.

Если «алкогольная потребность» велика и ее удовлетворение выходит из диапазона приемлемости, то возникает личностный конфликт. Он является следствием несовпадения представлений о правильном поведении и реальной действительности. Возникновение личностного конфликта будет формировать установки на свертывание пьянства. Прочность этих установок, их значение для личности определяются значимостью нарушенных норм, т. е. в конечном счете процессами социализации и ценностной ориентации личности.

Алкоголизация, выходящая за рамки групповых норм, вызывает реакцию группы в виде различных санкций. Они могут выражаться неодобрением и осуждением поведения индивида (неформальные санкции) или применением официальных мер воздействия (формальные санкции).

Механизм действия санкций аналогичен, воспринимаясь личностью как конфликт, они формируют установки на свертывание пьянства. Вид и интенсивность санкций зависят от терпимости группы к пьянству и опять же от значения для индивида этих санкций, т. е. его ценностной ориентации. Санкции есть форма внешнего контроля за поведением человека, которыми пользуется общество в случаях выхода поведения за пределы групповых норм.

Включение установочных механизмов коррекции проявляется ограничением потребляемого количества спиртных напитков (неполное удовлетворение «алкогольной потребности»), уходом от ситуаций, в которых возможна выпивка. При достаточной стабильности этих установок происходит изменение стереотипа поведения, ролевых ожиданий. Изменяются ценностные ориентации личности, интересы, направленность деятельности с изменением сферы и характера общения, отказом от встреч с друзьями, которые сопровождаются потреблением спиртного. Достаточно прочные установки на сокращение пьянства, выражающиеся в неполном удовлетворении алкогольной потребности, приводят к ее редукции. Конечной целью действия механизмов установки становится угасание «алкогольной потребности».

Установочные механизмы коррекции интенсивности алкоголизации могут включаться и тогда, когда она не возросла,

а по тем или иным причинам изменился диапазон приемлемости. Это может быть либо при соматическом неблагополучии, когда опьянение может привести к ухудшению состояния, либо если опьянение мешает другой, более важной деятельности (срочная работа).

Другим механизмом свертывания бытового пьянства служит снижение эйфоризирующего эффекта спиртных напитков в старших возрастных группах, связанное с изменением реактивности организма. Снижение толерантности к спиртным напиткам сопровождается изменением опьянения, в частности, усилением последствий, появлением дискомфорта, обострением соматических заболеваний.

В конце второй фазы бытового пьянства, в среднем после 35 лет (в 30—40 лет), переносимость спиртных напитков начинает снижаться. Это проявляется в более выраженном опьянении при приеме прежних количеств алкоголя, более трудном и длительном выходе из опьянения с нарастанием соматопсихического дискомфорта, обострением латентных заболеваний. Как во время самого эпизода, так и в последующий период могут возникать и усиливаться субъективно неприятные ощущения — пульсирующая головная боль, боли в области сердца, сердцебиения, неприятные ощущения в желудке, диспепсические явления, потливость, нарушения сна, ощущение слабости, упадка сил. При этом меняется и опьянение — эйфоризирующий эффект сокращается по времени и глубине. Сокращение эйфоризирующего эффекта, с одной стороны, и усиление эмоционально негативного состояния в периоде последствий — с другой, приводят к изменению суммарного эмоционального воздействия опьянения. Выпивка становится нецелесообразной, и потребность в алкоголе редуцируется.

Таким образом можно выделить 3 основных механизма, направленных на прекращение пьянства, возникающих в разное время и на разных уровнях. На социальном уровне это групповые алкогольные обычаи и санкции, на психологическом — диапазон приемлемости, личный конфликт и установка на свертывание пьянства, на биологическом — изменение реактивности организма и связанное с ним снижение эйфоризирующего эффекта алкоголя. На ранних этапах бытового пьянства действует феномен насыщения, затем включается механизм установки и только после 35 лет снижается эйфоризирующий эффект с сокращением потребления спиртных напитков.

Все изложенное выше позволяет в рамках бытовых форм употребления спиртных напитков и злоупотребления ими выделить механизмы, способствующие как появлению и развитию алкогольной привычки, так и свертыванию ее. Эти механизмы различны по природе, включаются в различное время, обеспечивая в большинстве случаев «типичную» динамику бы-

тового пьянства в виде дугообразной кривой — первые эпизоды в возрасте 14—18 лет, рост алкоголизации и достижение максимума к 35 годам (30—39 лет) и последующее обратное развитие.

В ряде случаев «типичное» развитие бытового пьянства нарушается и процесс отклоняется в ту или иную сторону. Злоупотребление спиртными напитками и возникновение заболевания в конечном счете зависят от скорости формирования алкогольной привычки. Эта скорость в свою очередь определяется двумя противоположно действующими группами факторов — способствующими интенсификации пьянства и направленными на его свертывание. Их действие рассмотрено выше.

Резкое сокращение потребления спиртных напитков, выходящее за пределы групповых обычаев, также вызывает санкции группы (конечно, неформальные). Группа осуждает лиц, уклоняющихся от участия в общепринятых алкогольных мероприятиях, в групповых приемах алкоголя, и этим оказывает определенное давление на человека, заставляя его быть конформным. При невозможности принятия групповых норм требуются защитные построения для сохранения прежних отношений в группе.

Социально более значимы факторы, направленные на интенсификацию пьянства. Остановимся несколько более подробно на некоторых из них.

Аномалии микросреды приводят к формированию девиантных алкогольных установок и расширенного диапазона приемлемости.

Девиантные алкогольные установки. Ранее уже описывались условия формирования девиантных установок. Они могут быть обусловлены как внешними факторами — неблагоприятная микросреда, так и внутренними — изменением отношения к окружающим (взаимоотношения). В первом случае имеется в виду воспитание ребенка в социально негативно ориентированном окружении, во втором — эмоционально нейтральное (безразличное) или негативное отношение окружающих к ребенку или подростку. Действие перечисленных факторов имеет одну направленность — формирование аномальных алкогольных установок. Так, воспитание ребенка или подростка в микросреде, как это бывает в семьях больных алкоголизмом, формирует в целом позитивное отношение к пьянству и раннее начало употребления спиртных напитков.

Расширенный диапазон приемлемости. Ориентировка на алкоголизацию микросреды формирует у подростка широкий диапазон приемлемости, что делает нормальным, обыденным явлением злоупотребление спиртными напитками и асоциальное поведение в состоянии опьянения. Подобная форма алкоголизации не вызывает внутреннего конфликта. Замечания посторонних о недопустимости такого поведения вызывают недоумение («А что такого?!»). Девиантные алкоголь-

ные установки и аномально широкий диапазон приемлемости открывают широкие возможности для фенотипирования алкоголизма.

В случаях воспитания ребенка в асоциальной среде, формирующей неправильное отношение к основным моральным ценностям общества, возникает неправильная ценностная ориентация личности. Злоупотребление алкоголем здесь выступает как частный случай тотальной девиации поведения.

Основным условием формирования девиантных установок у ребенка, подростка в неблагоприятной микросреде является его позитивное отношение к носителям этой девиации. Только такое отношение делает возможным генерализацию, перенос своего отношения на все, что связано с субъектом, включая его образ жизни, систему ценностей.

Другими факторами, способствующими интенсификации пьянства и его переходу в алкоголизм, являются различные личностные аномалии. Этот вопрос достаточно подробно изложен в литературе. Мы здесь остановимся только на двух факторах, не получивших освещения: недостаточном усвоении норм-правил и связанной с этим слабости внутренних механизмов контроля, неправильной ценностной ориентации личности и низкой действенности применяемых санкций, обусловленной их неспособностью вызвать внутренний конфликт.

Нами уже описывались аструктурный, экстернализованный и социально негативно-ориентированный типы личности, predisposed к злоупотреблению алкогольными напитками, которые можно рассматривать как преалкогольную личность. Алкоголизация населения в значительной мере определяется санкциями. Реакция общества в виде неодобрения, осуждения, тем более применения дисциплинарно-административных мер порождает личностный конфликт, глубина которого будет пропорциональна применяемым санкциям. Личностный конфликт формирует установочное поведение, направленное на свертывание пьянства.

Чем нетерпимее общество к пьянству, чем резче и единодушнее осуждение, тем меньше возможностей выхода за пределы общепринятых норм поведения. Наоборот, чем аморфнее реакция, чем более терпимо общество к пьянству, тем чаще наблюдаются девиации.

Возникновение установочного поведения, направленного на ограничение потребления спиртных напитков, будет зависеть, с одной стороны, от толерантности общества к пьянству, применяемых санкций, с другой — от значения для личности этих санкций, т. е. от ее ценностной ориентации. Кроме этого, появление установки на трезвость и ее выраженность зависят от «алкогольной потребности». Если социально-позитивная ориентация личности недостаточна, а потребность в алкоголе велика, то установочные механизмы ограничения алкоголизации практически не работают.

Изменение реактивности организма, сопровождающееся снижением эйфоризирующего эффекта спиртных напитков и усилением эмоционально негативного последствия, — важный фактор ограничения пьянства. Оно приводит к снижению «алкогольной потребности». Однако, во-первых, действие этого фактора начинается только во второй половине жизни и в ряде случаев запаздывает; во-вторых, при выраженной привычке (систематическое и привычное пьянство), когда эйфоризирующий эффект спиртных напитков сильный, несмотря на начинающееся снижение, он еще долго препятствует сокращению алкоголизации.

Феномен насыщения, возникающий при полном удовлетворении «алкогольной потребности», эффективен только при случайном и умеренном пьянстве. В более выраженных случаях бытового пьянства он запаздывает соответственно росту алкогольной потребности. Это запаздывание может быть настолько выражено, что в определенных условиях насыщение не наступает даже от значительных количеств спиртных напитков, как бывает при утрате количественного контроля. В связи с этим феномен насыщения эффективен для ограничения интенсивности алкоголизации только на доболезненном этапе.

В плане прогноза развития бытового пьянства и заболевания решающими остаются временные и амплитудные соотношения двух симптомов — толерантности к спиртным напиткам и насыщения. Дело в том, что снижение толерантности после 35 лет должно сопровождаться синхронным уменьшением потребления спиртных напитков. Однако эта синхронность наблюдается не всегда. Если насыщение значительно отодвинуто во времени и возникает только при глубоком опьянении, то снижение толерантности не будет сопровождаться уменьшением количества алкоголя, произойдет дальнейшее углубление опьянения, появятся его грубые варианты. Это в свою очередь приведет к утрате количественного контроля.

НОВЫЕ ТЕРМИНЫ И ТЕРМИНЫ С НЕУСТОЙЧИВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ

- Алкоголизация** — форма (система) употребления спиртных напитков данного индивида или группы.
- Алкогольная группа** — малая неформальная группа, ведущей групповой потребностью которой является потребность в спиртных напитках.
- Алкогольная потребность** — доминирующая патологическая потребность в алкоголе у больных алкоголизмом.
- Алкогольная потребность при бытовых формах пьянства** — второстепенная, не-обязательная, непатологическая потребность, удовлетворение которой возможно в приемлемых рамках.
- Алкогольное поведение** — совокупность поведенческих реакций человека или группы, направленных на удовлетворение алкогольной потребности.
- Алкогольный динамический стереотип** — выработанная в течение жизни форма потребления спиртных напитков и поведение человека в состоянии опьянения.
- Алкогольный эксцесс** — ограниченный во времени прием чрезмерного количества спиртных напитков.
- Алкогольный эпизод** — ограниченное во времени употребление спиртных напитков (от начала приема до нормализации состояния), не выходящее за рамки общепринятого.
- Алкогольные обычаи** — обычаи, регламентирующие формы потребления спиртных напитков в рамках алкогольных норм.
- Алкогольные установки** — отношение человека к спиртным напиткам, алкогольным обычаям, привычкам, различным проявлениям пьянства и его поведение в ситуациях, предполагающих прием спиртного.
- Алкогольные установки вторичные** — трансформация первичных алкогольных установок вследствие употребления спиртных напитков (под действием личного опыта).
- Алкогольные установки девиантные** — отношение к спиртным напиткам, существенно отличающееся от отношения к ним в данной социальной группе.
- Алкогольные установки первичные** — отношение к спиртным напиткам и к алкогольной проблеме в целом, сложившееся в результате социализации, усвоения морально-этических норм общества без личного опыта приема спиртных напитков.
- Антиалкогольные санкции** — мера воздействия на индивида при выходе потребления спиртных напитков за пределы алкогольных норм.
- Групповые алкогольные нормы** — сложившаяся в группе интенсивность потребления спиртных напитков.
- Групповые нормы** — сложившаяся в группе система требований, определяющая поведение ее членов.
- Диапазон приемлемости** — формы употребления спиртных напитков, приемлемые личностью (частота, количество, выраженность эйфории и опьянения, поведение в состоянии опьянения).
- Диапазона приемлемости расширение** — форма психологической защиты, делающей приемлемой, т. е. не вызывающей личностного конфликта, все более интенсивное пьянство.
- Донозологические формы злоупотребления алкоголем** — злоупотребление спиртными напитками, не сформировавшееся в болезнь.
- Запаздывание насыщения** — появление насыщения после приема все более значительных количеств спиртного (характерно для систематического и привычного пьянства).

- Защитные механизмы личности при алкоголизме** — изменение восприятия и переработки информации, направленное на нейтрализацию социально-психологических последствий злоупотребления алкоголем.
- Защитный мотив** — побудительный момент, в котором реальная цель подменена «официальной версией», необходимой для сохранения решения, определенного рисунка поведения.
- Игнорирование пьянства** — неприятие факта учащения приема спиртных напитков, а следовательно, и конфликта.
- Искупительное (экспиативное) поведение** — форма гиперсоциализации лиц, злоупотребляющих алкоголем; попытка сгладить, искупить свою вину перед окружающими подчеркнуто тщательным исполнением требуемого.
- Механизм генерализации (эмоционального переноса)** — перенесение отношения к объекту на все, что с ним связано (взгляды, поведение, манера одеваться, говорить и т. д.).
- Наркотическая фаза опьянения (сон-наркоз)** — быстрое и насильственное наступление сна на высоте опьянения (характерно для декомпенсированных вариантов опьянения).
- Насыщение** — прекращение дальнейшего приема спиртных напитков вследствие удовлетворения потребности в них (наблюдается при донозологических формах злоупотребления алкоголем).
- Неустойчивая (амбивалентная, дисфорическая) эйфория** — ослабевающее эйфоризирующее действие спиртных напитков в фазе элиминации, развивающееся вслед за фазой регрессионной эйфории и включающее элементы негативных переживаний.
- Обусловливание** — углубление (усиление) позитивного эмоционального радикала, вызванного удовлетворением какой-либо личностной потребности, при наслаждении на него эйфоризирующего действия спиртных напитков.
- Обычай и традиции** — юридически не регламентированные, но поддерживаемые силой общественного мнения формы передачи новым поколениям способов реализации сложившихся в жизни данного класса, общества отношений (политических, нравственных, эстетических, религиозных); установившийся порядок (или правила) общественного поведения.
- Объяснительная система (система алиби)** — «рациональное», «логическое» объяснение как единичных случаев злоупотребления спиртными напитками (поводы), так и пьянства в целом как стиля жизни («пропадающая жизнь»).
- Парциальная перцепция** — форма перцептивной оценочной деформации (из окружающего «вырезаются» только те участки, которые согласуются с личностными установками индивида).
- Перцептивная оценочная деформация** — искажение восприятия окружающего, когда субъект видит только то, что ему нравится, согласуется с его мнением и системой ценностей.
- Преалкогольная группа** — малая неформальная группа, в которой прием алкоголя служит условием более полной реализации другой групповой потребности.
- Рауш-эйфория** — быстро развивающееся и резко выраженное эйфоризирующее действие спиртных напитков, имеющее витальный характер, возникающее сразу после приема алкоголя и сопровождающееся ярким удовольствием, сужением поля сознания и утратой чувства реальности (сочетается с гипокинезией).
- Рационализация** — форма психологической защиты в виде специфической фильтрации («просеивания»), отбора данных в соответствии с личностными желаниями, гарантирующими удобное, нужное в данный момент заключение.
- Рилизерные факторы** — обстоятельства, привычно сопутствующие опьянению, включенные в сложные условнорефлекторные цепи и приобретающие вследствие этого сигнальную функцию, «запускающие» алкогольный динамический стереотип.
- Сдвиг акцентов** — вид перцептивной оценочной деформации, заключающийся в переоценке событий в лучшую сторону, сопровождается уменьшением или полной утратой личностной реакции на чрезмерное пьянство.

Симптом желательности алкоголизации — периодическое появление мыслей о желательности выпивки, которые спонтанно исчезают или легко подавляются личностью (характерен для систематического и привычного пьянства).

Симптом отмены (он же симптом облигатности опьянения) — комплекс психосоматических сдвигов вследствие задержки выпивки или ее внезапной отмены после уже начатой подготовки к ней.

Убывающая (регрессирующая) эйфория — менее острое и более длительное состояние опьянения, развивающееся вслед за рауш-эйфорией, с более стабильным состоянием комфорта, часто с гиперкинезией, повышенным стремлением к общению, деятельности.

Установочные механизмы ограничения потребления спиртных напитков — осознанное ограничение приема спиртных напитков по тем или иным причинам с неполным удовлетворением потребности в алкоголе.

Утрата способности к градуальным реакциям (переход на реакцию типа «все или ничего») — такое изменение реакции организма на алкоголь, когда она теряет зависимость от количества потребляемого алкоголя.

Фаза выраженных нарушений внимания, памяти и мышления («психотическая» фаза) — быстрое нарушение основных психических процессов на высоте опьянения у больных алкоголизмом II и III стадий.

Фаза опережающего опьянения (условнорефлекторное опьянение) — условнорефлекторный компонент алкогольного опьянения, появление внешних признаков опьянения до приема алкоголя при сформированном алкогольном динамическом стереотипе у больных алкоголизмом II и III стадий.

Феномен смены гедонистических эффектов — усиление позитивного эмоционального эффекта, связанного с приемом алкоголя как с условием реализации какой-либо личностной потребности.

Формирование противоположной реакции — появление «железной» установки на продолжение пьянства и агрессивное поведение при попытках окружающих как-то его ограничить.

- Антипина Г. С.* Теоретико-методологические проблемы исследования малых социальных групп. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1982. — 111 с.
- Асеев В. Г.* Формирование личности и структурный уровень мотивов. — В кн.: Проблемы личности: Матер. симпозиума. — М., 1980, т. 1, с. 334—343.
- Асмолов А. Г.* Об иерархической структуре установки как механизма регуляции деятельности. — В кн: Бессознательное. — Тбилиси, 1979, т. 1, с. 147—157.
- Аспекты общественного здравоохранения, связанные с алкоголизмом и наркоманией: Отчет о конф. ВОЗ, Дубровник, 21—25 авг. 1978 г.* — Копенгаген, 1981. — 43 с.
- Бабаян Э. А., Посохов В. В.* Клинико-неврологические критерии в дифференциальной диагностике легкой и средней степени алкогольного опьянения. — В кн.: 4-й Всерос. съезд невропатологов и психиатров: Тезисы докл. — М., 1980, т. 2, с. 23—27.
- Баканова И. В., Зейгарник Б. В., Николаева В. В., Шефтелевич О. С.* Отношение к болезни как условие формирования осознаваемых и неосознаваемых форм деятельности. — В кн.: Бессознательное. — Тбилиси, 1978, т. 2, с. 431—436.
- Банщикова В. М., Короленко Ц. П., Драгун А. В.* Донозологический этап формирования зависимости от алкоголя. — В кн.: 4-й Всерос. съезд невропатологов и психиатров: Тезисы докл. — М., 1980, т. 2, с. 32—33.
- Братусь Б. С.* Психологический анализ одного из видов патологии личности. — Вopr. психол., 1973, № 2, с. 67—76.
- Гофман А. Г.* Закономерности влечения к алкоголю в различных стадиях хронического алкоголизма. Вопросы экзогенных и органических нервно-психических расстройств. — В кн.: Матер. науч. конф. НИИ психиатрии МЗ РСФСР, март 1964 г. — М., вып. 2, с. 43—47.
- Завьялов В. Ю.* Клинико-психологическое изучение некоторых механизмов формирования психической зависимости от алкоголя. — Автореф. дис. канд. — Новосибирск, 1981. — 18 с.
- Зеневич Г. В.* О понятиях норма, патология и болезнь в психиатрии. — Тр. Ленинградск. психоневрологического ин-та, 1979, т. 89, с. 35—39.
- Зухарь В. П.* Сомато-психологические особенности развития раннего алкоголизма и этапы его реабилитации. — В кн.: Шизофрения и алкоголизм (патогенез, лечение и судебно-психиатрические аспекты). — Ташкент, 1978, с. 370—375.
- Иванец Н. Н.* О роли личностного фактора при хроническом алкоголизме. — В кн.: Вопросы психоневрологии, 1980, вып. 8, с. 54—56.
- Игонин А. Л.* О влиянии некоторых микросоциальных и личностных факторов на патологическое влечение к алкоголю при хроническом алкоголизме. — В кн.: Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. — М., 1977, с. 116—122.
- Качаев А. К., Ураков И. Г.* Сравнительная оценка факторов среды в формировании различных форм потребления спиртных напитков. — В кн.: Актуальные вопросы социальной психиатрии. — М., 1979, с. 74—83.
- Кириллова Л. А., Кондратьев Ф. В.* Особенности динамики опьянения у лиц, страдающих алкоголизмом. — В кн.: Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии. — М., 1977, с. 114—126.
- Контроль над потреблением алкоголя: проблема общественного здравоохранения.* — Хроника ВОЗ, 1976, № 10, с. 518—521.
- Корсунский И. В.* Условнорефлекторные механизмы в клинике хронического алкоголизма. — В кн.: Вопросы алкоголизма. — М., 1973, с. 103—105.
- Костандов Э. А.* О физиологических механизмах «психологической защиты» и безотчетных эмоций. — В кн.: Бессознательное. — Тбилиси, 1979, т. 1, с. 633—651.

¹ Приведена основная литература.

- Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. — М.: Изд-во МГУ, 1981. — 584 с.
- Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я. Алкоголизм: (социально-гигиенические аспекты). — М.: Медицина, 1978, 1983. — 264 с.
- Морозов Г. В. О некоторых направлениях исследования проблемы алкоголизма. — В кн.: Актуальные вопросы социальной и клинической наркологии. — Душанбе, 1976, с. 9—12.
- Морозов Г. В., Иванец Н. Н. Новые данные о клинике и лечении алкоголизма. — В кн.: Вопросы клиники и лечения алкоголизма. — М., 1980, с. 3—9.
- Муратова И. Д., Копыт Н. Я., Сидоров П. И. Клинико-социальный подход к этиопатогенезу хронического алкоголизма в подростковом возрасте. — В кн.: Актуальные вопросы судебной психиатрии. — М., 1979, с. 105—112.
- Нарушения, связанные с потреблением алкоголя/Под ред. Дж. Эдвардса и др.: Пер. с англ. — М.: Медицина, 1978. — 140 с.
- Парыгин Б. Д. Основы социально-психологической теории. — М.: Мысль, 1971. — 348 с.
- Проблемы, связанные с потреблением алкоголя. Докл. Ком. экспертов ВОЗ. — М.: Медицина, 1982. — 82 с.
- Пятницкая И. Н., Иванов В. И. Дополнительные клинические признаки начала алкоголизма (о продроме болезни). — В кн.: 4-й Всерос. съезд невропатологов и психиатров: Тезисы докл. — М., 1980, т. 2, с. 231—237.
- Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций/Пер. с польск. — М.: Прогресс, 1979. — 392 с.
- Савенко Ю. С. Проблемы психологических компенсаторных механизмов и их типология. — В кн.: Проблемы клиники и патогенеза психических заболеваний. — М., 1974, с. 95—112.
- Степанов А. Д. Норма, болезнь и вопросы здравоохранения. — Горький: Волго-Вятск. кн. изд-во, 1975. — 279 с.
- Стрельчук И. В. О предболезненной и начальной стадии хронического алкоголизма. — В кн.: 4-й Всерос. съезд невропатологов и психиатров: Труды. — М., 1980, с. 274—277.
- Ураков И. Г., Куликов В. В. Хронический алкоголизм. — М.: Медицина, 1977. — 167 с.
- Ярус В. Г. Алкогольные микрогруппы и эффективность антиалкогольных мероприятий. — Здравоохран. Казахстана, 1978, № 6, с. 54—56.

- Adams K. M., Grant J., Carlin A. S., Reed R. Cross-study comparisons of self-reported alcohol consumption in four clinical groups. — Am. J. Psychiat., 1981, vol. 138, N 4, p. 445—449.
- Alcohol tolerance and dependence. — Amsterdam, 1980. — 455 p.
- Biddle B. J., Bank B. J., Marlin M. M. Social determinants of adolescent drinking. What they think, what they do and what think and do. — J. Stud. Alcohol, 1980, vol. 41, N 3, p. 215—241.
- Burkett S. R. Religiosity, beliefs, normative standards and adolescent drinking. — J. Stud. Alcohol, 1980, vol. 41, N 7, p. 662—671.
- Butora M. K sociologickym dimenziam alkoholismu a jeho terapie. — Cesk. Psychiat., 1979, vol. 75, N 4, S. 243—249.
- Cahalan D., Room R. Problem drinking among american men. — New Brunswick: N. J. Publications Division, Rutgers Center of Alcohol studies, 1974. — 269 p.
- Carroll J. F. Similarities and differences of personality and psychopathology between alcoholics and addicts. — Am. J. Drug. Alcohol Abuse, 1980, vol. 7, N 2, p. 219—236.
- Criteria for the diagnosis of alcoholism. — Ann. Intern. Med., 1972, vol. 77, N 2, p. 249—258.
- Dupont R. L., Basen M. M. Control of alcohol and drug abuse in industry — a literature review. — Publ. Hlth Rep., 1980, vol. 95, N 2, p. 137—148.
- Edwards G., Hensman C., Peto J. A comparison of female and male motivation for drinking. — Int. J. Addict., 1973, vol. 8, N 4, p. 577—587.
- Ellwood L. C. Effects of alcoholism as a family illness on child behaviour and development. — Milit. Med., 1980, vol. 145, N 3, p. 188—192.

- Ewing J. A.** Behavioral approaches for problems with alcohol. — *Int. J. Addict.*, 1974, vol. 9, N 13, p. 389—399.
- Fillmore K. M.** Drinking and problem drinking in early adulthood, and middle age: An exploratory 20-year follow-up study. — *Quart. J. Stud. Alcohol*, 1974, vol. 35A, N 3, p. 819—840.
- Fillmore K. M.** Relationships between specific drinking problems in early adulthood and middle age: An exploratory 20-year follow up study. — *J. Stud. Alcohol*, 1975, vol. 36, N 7, p. 882—907.
- Gerstel E. K., Harford Th. C., Pautler Ch.** The reliability of drinking estimates obtained with two data collection methods. — *J. Stud. Alcohol*, 1980, vol. 41, N 1, p. 89—94.
- Helgason T., Asmundsson G.** Behaviour and social characteristics of young asocial alcohol abusers. — *Neuropsychobiology*, 1975, vol. 1, N 2, p. 109—120.
- Isaacs M.** College students' expectations of the result of drinking. — *J. Stud. Alcohol*, 1979, vol. 40, N 5, p. 476—479.
- Keller M.** The disease concept of alcoholism revisited. — *J. Stud. Alcohol*, 1976, vol. 37, N 11, p. 1694—1717.
- Kissin B., Begleiter H.** Social aspects of alcoholism. — New York; London: Plenum press, 1976. — 643 p.
- Kittredge L. D., Franklin J. L., Thrasher J. H.** et al. Estimating a population in need of alcoholism services: a new approach. — *Int. J. Addict.*, 1977, vol. 12, N 2/3, p. 205—226.
- Macdonald D. E.** Group characteristics of alcoholics: A videotape demonstration. — *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1974, vol. 233, p. 128—134.
- Mäkelä K.** Consumption level and cultural drinking patterns as determinants of alcohol problems. — *J. Drug. Issues*, 1975, vol. 5, N 4, p. 344—357.
- Margulies R. Z., Kessler R. C., Kandel D. B.** A longitudinal study of onset of drinking among high-school students. — *J. Stud. Alcohol.*, 1977, vol. 38, N 5, p. 897—912.
- Mishara B. L., Kastenbaum R.** Alcohol and old age. — New York: Grune and Stratton, 1980. — 220 p.
- Negrete J. C.** Alcoholism in Latin America. — *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1976, vol. 273, p. 9—23.
- Orcutt J. D., Cairl R. E., Miller E. T.** Professional and public conceptions of alcoholism. — *J. Stud. Alcohol*, 1980, vol. 41, N 7, p. 652—661.
- Orme T. C., Rimmer G.** Alcoholism and child abuse: A review. — *J. Stud. Alcohol*, 1981, vol. 42, N 3, p. 273—287.
- Problems related to alcohol consumption: Report of a WHO expert committee.** — Geneva: WHO, 1980. — 72 p.
- Reichard J. D.** Addiction: some theoretical considerations as to its nature, cause, prevention and treatment. — *Am. J. Psychiat.*, 1977, vol. 103, N 6, p. 721—730.
- Room R.** Normative perspectives on alcohol use and problems. — *J. Drug. Issues*, 1975, vol. 5, N 4, p. 358—368.
- Segal B., Huba G. J., Singer J. L.** Reasons for drug and alcohol use by college students. — *Int. J. Addict.*, 1980, vol. 15, N 4, p. 489—498.
- Smolensky W. R., Martin D. W., Lorimer R. J., Forthofer R. N.** Leisure behaviour and attitudes toward leisure of alcoholics and nonalcoholics. — *J. Stud. Alcohol*, 1980, vol. 41, N 3, p. 293—299.
- Stafford R. A.** Alcoholics' perception of the internal-external locus of their drinking problem. — *J. Stud. Alcohol*, 1980, vol. 41, N 3, p. 300—309.
- Tarler R. E.** Psychological deficit in chronic alcoholics: a review. — *Int. J. Addict.*, 1975, vol. 10, N 2, p. 327—368.
- Wanberg K., Lewis R., Foster F. M.** Alcoholism and ethnicity: a comparative study of alcohol use patterns across ethnic groups. — *Int. J. Addict.*, 1978, vol. 13, N 8, p. 1245—1262.
- Wilsnack R. W., Wilsnack S. C.** Drinking and denial of social obligations among adolescent boys. — *J. Stud. Alcohol*, 1980, vol. 41, N 11, p. 1118—1133.
- Wüthrich P.** Social problems of alcoholics. — *J. Stud. Alcohol*, 1977, vol. 38, N 5, p. 881—890.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
-----------------------	---

Часть I

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ СПИРТНЫХ НАПИТКОВ И ЗЛУОПOTPEБЛЕНИЯ ИМИ	5
----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

Глава 1. Медицинские и медико-социальные аспекты бытового пьянства. Состояние вопроса	5
Бытовое пьянство как объект медицинского исследования	5
Определение понятий	28
Глава 2. Формирование алкогольных обычаев и привычек	34
Глава 3. Социально-психологические факторы, способствующие распространению спиртных напитков	37
Глава 4. Формы алкогольного поведения	48
Интенсивность алкоголизации населения	48
Мотивы алкоголизации и факторы, влияющие на частоту алкогольных эпизодов	57
Отношение населения к спиртным напиткам. Распространенность алкогольных обычаев и привычек	58
Глава 5. Алкогольные группы	61
Глава 6. Выход за пределы групповых алкогольных норм. Социальные санкции. Реакция семьи	77

Часть II

ИНДИВИДУАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ И ЗЛУОПOTPEБЛЕНИЯ ИМИ	90
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

Глава 7. Алкогольные установки, их возникновение, формирование и закономерности динамики	91
Социализация индивида. Формирование первичных алкогольных установок	92
Формирование девиантных алкогольных установок	97
Трансформация алкогольных установок в процессе усиления пьянства. Вторичные установки. Диапазон приемлемости	101
Глава 8. Алкогольная потребность	104
О трактовке термина «алкогольная потребность»	105
Механизм обусловливания. Возникновение и развитие алкогольной потребности	107
Глава 9. Интенсификация пьянства. Личностный конфликт. Психологическая защита	116
Глава 10. Изменения мотивации поведения	128
Глава 11. Изменение общения и деятельности	133
Изменение качества общения	133
Изменение содержания и направленности деятельности	140

Часть III

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ СПИРТНЫМИ НАПИТКАМИ

- Глава 12. Условнорефлекторные механизмы в развитии злоупотребления алкоголем. Алкогольный динамический стереотип . . .
Формирование рилизерных факторов . . .
Утрата способности к градуальным реакциям и переход на реакцию типа «все или ничего» . . .
Психологические и биологические уровни алкогольного динамического стереотипа . . .
Подсознательная деятельность, приводящая к алкогольному эпизоду . . .
Алкогольный динамический стереотип и влечение к алкоголю . . .
Симптом отмены. Признаки облигатности опьянения и снижения (утраты) ситуационного контроля . . .
Условнорефлекторное опьянение . . .
Алкогольный динамический стереотип и синдром измененной реактивности . . .
- Глава 13. Внутренняя картина болезни, некритичность к пьянству и алкогольная анозогнозия . . .
- Глава 14. Трансформация личности на донозологическом этапе . . .
- Глава 15. О преалкогольной личности . . .
Аструктурная личность . . .
Экстернализованная личность . . .
Социально негативно ориентированная личность . . .

Часть IV

СИСТЕМАТИКА ФОРМ УПОТРЕБЛЕНИЯ СПИРТНЫХ НАПИТКОВ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ИМИ

- Глава 16. Классификация бытового пьянства . . .
- Глава 17. Динамика бытовых форм пьянства и алкоголизма (стереотип течения) . . .
- Глава 18. Этапы течения . . .
- Глава 19. Время начала употребления спиртных напитков. Темп и равномерность развития привычки . . .
- Глава 20. Формы употребления спиртных напитков и злоупотребления ими . . .
Воздержание от употребления алкоголя (абстиненты) . . .
Случайное употребление алкоголя . . .
Умеренное употребление алкоголя . . .
Систематическое пьянство (алкогольная акцентуация) . . .
- Глава 21. Концепция преалкоголизма. Привычное пьянство как преалкоголизм . . .
Ассоциативный и дисассоциативный критерии нозологического подхода. Методологические основы концепции преалкоголизма . . .
Привычное пьянство как преалкоголизм . . .
- Глава 22. Границы привычных форм пьянства. Критерии болезни . . .
- Заключение. Факторы, определяющие начало употребления спиртных напитков, интенсификацию пьянства и его обратное развитие. Механизмы перехода привычного пьянства в алкоголизм. Прогноз вероятности заболевания . . .
- Приложение. Новые термины и термины с устойчивым значением . . .
- Список литературы . . .